Vol. 236. Giugno 1876

ANNALI UNIVERSALI DI MEDICINA

PARTE RIVISTA
DI
MEDICINA, CHIRURGIA E TERAPEUTICA

GIÀ COMPILATA DAL DOTT. CAV. G. B. SORESINA

ORA DIRETTA DAL

Dott. MALACHIA DE-CRISTOFORIS

MILANO
FRATELLI RECHIEDEI EDITORI
1876.

RIVISTA CHIRURGICA

dei dottori F. PARONA, prof. A. SCARENZIO ed E. TIRINANZI

Thomas Morton — *Particolare affezione dolorosa della quarta articolazione metatarso falangea.*

Terrilon — *Distorzione dell'articolazione medio tarsica.*

Lloyd — *Caso in cui l'innesto epidermico fu utile dopo l'amputazione.*

Smith — *Sulla cura della pseudoartrosi colla pressione ed il moto.*

Douglas Morton — *Modo facile di distendere le intestina nei casi di strozzamento interno.*

Mursick — *Due casi di esportazione delle ossa del coccige per coccigodinia.*

May — *Caso di lussazione della mandibola inferiore ridotta dopo trentatrè giorni.*

Rizzoli — *Resezione ed asportazione dello sterno fino alla cartilagine ensiforme in un con alcune cartilagini costali per carie necrotica — Riproduzione dell'osso e delle cartilagini escise — Stabile guarigione.*

Landi — *Amputazione totale della lingua coll'ansa galvano-caustica.*

Menzel — *Urano-plastica eseguita in profonda narcosi a capo pendente.*

Bottini — *Estirpazione completa della parotide degenerata in tumore colossale.*

Bottini — *Disezione osteoplastica della apofisi montante ed osso nasale destro per l'esportazione di voluminoso tumore vaso-oculare.*

Caselli — *Sopra uno speciale metodo curativo di alcuni aneurismi esterni.*

Valerani — *Sopra un caso di macroglossia congenita felicemente operato.*

Marcacci — *Di un tumore comparso improvvisamente sul corso dell'arteria femorale, sue particolarità.*

Ruggi — *Storia relativa ad un nuovo caso di estrofia della vescica, curato colla formazione della mancante parete anteriore.*

Fredet — *Ascesso alla regione temporale sinistra determinato dalla presenza d'una lama di coltello.*

Beverley — *Epistassi frenata colla compressione delle arterie facciali.*

Cazin — *Della cura radicale delle varici superficiali.*

Anger — *Cura delle cisti contenenti liquidi mucosi colle injezioni di cloruro di zinco.*

Tillaux — *Proiettile soggiornato per tre settimane nel ventricolo sinistro del cuore.*

Dentù — *Varietà singolare di frattura dell' estremità superiore dell'omero.*

Gillet — *Dell'abuso delle injezioni ipodermiche di morfina.*

Esmarch — *Sul trattamento delle cisti ateromatose profonde del collo.*

Esmarch — *Osservazioni sull'anemia artificiale.*

Winiwarter — *Sul linfoma maligno e sul linfosarcoma.*

Risel — *Un caso di ernia addominale intercostale.*

Volkmann — *Rapporto sull'operosità della clinica di Halla.*

Particolare affezione dolorosa della quarta articolazione metatarso falangea; del dott. Thomas C. Morton. (*The American Journal of the Med. Scien.*, Gen. 1876).

Già da qualche anno il Morton ha avuto occasione di vedere ammalati tormentati da un dolore localizzato alla quarta articolazione metatarso falangea, prodotto in alcuni da lesione traumatica, in altri da pressione continuata per disadatta calzatura od altra causa simile, ed in altri senza causa apprezzabile.

Trattandosi di cosa rara e molto interessante, noi diamo qui sotto la traduzione di uno dei casi più importanti stati curati dal collega americano, facendovi seguire le considerazioni, che si leggono in fine della sua memoria.

Caso I. Mis J., madre di tre ragazzi, nel luglio 1870 mi consultò raccontando quanto segue:

« Durante l'estate 1868 mentre io viaggiavo in Svizzera, feci una escursione a piedi nel Vallese al monte Faulhorn, e nel discendere da questo inciampai in una grossissima pietra, la quale rottolando sotto il mio piede, mi fece sdrucciolare e pesare coll'intero corpo sul piede, che era avanti. Non caddi perciò, ma mi accorsi tosto che il piede destro era offeso. Il dolore era acuto a segno da provocare quasi lo svenimento.

Raggiunsi la vallata del Greendelvald ; ma poi non potei più tenere la calzatura, neppure per pochi momenti, perchè la più piccola pressione mi cagionava acuto dolore. Per cinque anni consecutivi, nè il piede, nè il dito gonfiarono mai, nè dimostrarono di essere lesi in qualche modo; ma il piede dal più al meno fu sempre dolente.

Le mie sofferenze furono spesse volte assai gravi e vennero a parossismi. Ho solamente a brevi intervalli potuto calzare una larga scarpa ed anche questa ad ogni mezz'ora sono stata obbligata di togliere, onde alleviare il piede. Per molto tempo non ho potuto portare, che una calza ed anche di notte ho sofferto molto. Una piccola pressione con un dito al luogo sensibile risveglia lo stesso dolore, che produce la scarpa. Da un anno in qua cammino pochissimo e perciò soffro meno. »

La nevralgia riferivasi in questo caso costantemente alla giuntura

metatarso falangea del 4° dito e solo durante i gravi parossismi qualche volta si estendeva al ginocchio. Non vi era nè rossore nè gonfiezza attorno al piede, il capo articolare del 4° metatarso; la base falangea e le parti molli attorno a questa giuntura erano molto sensibili. Dalla non esistenza di sintomi infiammatori pareva vi dovesse essere, per spiegare la gravità dei parossismi, qualche ipertrofia nervosa.

Questo stato di sensibilità era ognor aggravato dalla pressochè inevitabile pressione che il quinto metatarso e dito mignolo mobilissimi esercitavano sulla quarta giuntura metatarso falangea.

Dapprima fu consigliata una suola con un largo vuoto in corrispondenza al luogo dolente; ma questo espediente, associato a differenti applicazioni anodine, non valse ad arrecare alcun marcato sollievo. La più piccola pressione, come quella prodotta da una calza, talvolta bastava a rincrudire il dolore. La paziente era di temperamento nervoso con predisposizione a malattie polmonari, e non era in grado di sopportare verun trattamento, che dovesse obbligarla in casa. Nel giugno 1873 rividi la signora insieme con un altro collega, e non la trovai migliorata.

Poco tempo prima che Morton vedesse questa ammalata per la seconda volta, aveva avuto in cura un altro caso molto somigliante e che era riescito a guarire perfettamente mediante l' estrazione della quarta giuntura metacarpo falangea. Ma nè il consulente, nè Morton credettero conveniente simile trattamento all' ammalata, della quale si narrò l' istoria, per le poco favorevoli condizioni generali, in cui ella si trovava.

In quei casi, in cui la resecazione fu addottata, venne eseguita nel modo seguente.

Eterizzato il paziente, si fece un'incisione di due pollici in lunghezza sull'orlo esterno del tendine estensore del quarto dito. L'articolazione metatarso falangea venne allora tagliata assieme ad una parte delle rispettive ossa. Cotesta affezione non sembra tanto rara, avendone il solo Morton vedute quindici. Di queste, tredici si verificarono in donne. La nevralgia in otto casi si potè chiaramente conoscere essere originata da una lesione diretta della giuntura del quarto dito del piede. In tre o quattro altri casi ebbe origine dalla pressione fatta dalla calzatura, negli altri l'origine del male non si potè bene stabilire. I parossismi nevralgici e la susseguente condizione sensibile della giuntura, variano nella loro frequenza e durata; in nessuna si osservarono sintomi infiammatorii.

In parecchi casi, in cui questa nevralgia seguì una violenza, si suppose una rottura dei legamenti o di qualche tessuto circostante alla giuntura del quarto metatarso. Tutti gli individui trovati con tale affezione dal Morton erano di condizione civile ed agiata. Le parti escise furono accuratamente esaminate. In due casi si trovò nulla di anormale, in un terzo si trovò una depressione ossea alla parte esterna del capo del quarto metatarso, però affatto insignificante e tale da non potersi ritenere causa del terribile dolore, che l'ammalato soffriva. Però in ogni

caso si trovarono le parti molli in stato sano e con una sezione verticale dei capi articolari escisi non si riscontrarono indizi di malattia.

Morton cerca di spiegare l'insorgenza di tale nevralgia colla disposizione anatomica particolare della quarta articolazione metatarso falangea, cioè a motivo del livello differente, in cui si trova rapporto alla terza e quinta articolazione e per essere in questo punto più facile la pressione delle diramazioni nervose del nervo plantare esterno.

La maggior frequenza dell'affezione in parola nel sesso femminile, che nel mascolino, pare al Morton si possa attribuire non ad una differente struttura del piede, che non esiste, ma ad una maggior delicatezza e pieghevolezza ed all'abitudine più diffusa nelle femmine di portare scarpe strette. Nei casi, in cui questa forma di nevralgia fu occasionata improvvisamente da una violenza, consiglia il Morton una copiosa sottrazione sanguigna, locali applicazioni anodine, con prolungato riposo, fino a che ogni dolenza della giuntura sia scomparsa.

Nei casi cronici nessun altra cura può riescire, secondo Morton, durevolmente efficace, tranne la completa escisione dell' articolazione metatarso falangea irritabile insieme alle parti molli circostanti.

Terrilon invece negli *Arch. Gen. de Med.* ha recentemente scritto sulla distorsione medio tarsica e su di essa fa le seguenti conclusioni:

Si deve ammettere una varietà di distorsione principalmente localizzata nell'articolazione medio tarsica.

Questa si può presentare in due modi differenti, cioè associata alla distorsione dell'articolazione tibio tarsica, ed allora non è che un fenomeno secondario, ovvero essa è sola, o come affezione predominante, ed in questo caso merita un trattamento speciale ed una più attenta sorveglianza.

Può darsi infatti che per essere di grado leggiero venga trascurata da principio e dia luogo perciò ad un dolore persistente durante il camminare, ed essere così il preludio d'una tarsalgia degli adolescenti, d'un anchilosi ed anche d'un tumor bianco dell' articolazione medio tarsica. Quando la distorsione esiste solo all'articolazione media tarsica, o questa è quella particolarmente offesa, reclama, secondo Terrillon, il trattamento seguente. Impiego dell' acqua fredda da principio, uno o più *massages* metodici e prolungati, l'applicazione d'una benda di flanella un po' stretta durante il marciare nei primi giorni, pennellature di tintura di iodio, quando persiste legger dolore.

Caso in cui l'innesto epidermico fu vantaggioso dopo l' amputazione; del dott. M. H. Lloyd. (*The lancet*, 1876).

C. S., d'anni 43, fu ricoverato, al 12 marzo 1873, con una frattura complicata e comminutiva di ambedue le gambe per esservi caduto sopra di traverso una grossa trave. La tibia sinistra era in malo modo fratturata in due luoghi ed era lesa l' articolazione della cavicchia. Lloyd tentò di conservare il membro; ma sopravenuto un esteso gonfiore e

al 19 maggio, cioè 7 giorni dopo l'accidente, manifestatasi una larga placca gangrenosa al davanti del piede, l'amputazione divenne indispensabile.

Questa per mancanza di pelle sana per fare i lembi, fu eseguita col metodo circolare e il più vicino possibile all'articolazione del ginocchio La pelle tuttavia era appena sufficiente per coprire i monconi ossei, ed arrovesciatala si trovò infiltrazione sottocutanea di sangue.

Pochi giorni dopo l' operazione quasi tutto il lembo gangrenò e la pelle all'avanti della restante tibia diventò così tenera da non poter sopportare alcuna pressione.

Al 9 giugno il moncone era nello stato seguente: la fronte del moncone pressochè scoperta di pelle, l' estremità della tibia prominente e quasi protrudente dalle parti molli, essendo il bordo dell'incisione ossea abbastanza delimitato tra le granulazioni. La porzione anteriore della tibia è scoperta per l'estensione d'un police in lunghezza e il capo della fibula è esposto. La pelle circostante è stirata, livida, abrasa.

Sei piccoli innesti epidermici furono collocati sulle granulazioni, dove maggiormente promettevano per la loro adesione e furono leggermente coperti con filaccie bagnate in una soluzione d' acido fenico (1 su 40). Quattro o cinque di questi innesti attecchirono e dei nuovi se ne applicarono a giorni alternati. Nove giorni dopo il primo innesto la tibia era molto meno prominente, la pelle attorno al moncone meno stirata. I pezzetti d'epidermide furono tolti dal davanti delle coscie, erano grandi quanto un grano di lino e furono esportati con una fina forbice, nessuno diede luogo a gemizio di sangue. Di innesti se ne fecero un centinaio, ma molti non attecchirono.

Il moncone guarì solidamente e ben coperto. La pelle rimase bensì aderente all'estremità della tibia, ma ben imbottita e senza tensione. Durante tutto questo tempo la frattura alla gamba destra, complicata e comminutiva con una larga ferita a metà del membro, fu tenuto in un apparecchio a sospensione di Salter e fu necessario estrarre molte scaglie ossee. Ma in seguito migliorò sempre e sette mesi e mezzo dopo potè reggersi sulla gamba.

In questo caso, dice Lloyd, pareva inevitabile una protrusione dell'osso e credo che nessun altro mezzo tranne l'innesto epidermico potesse prevenirlo. Quando questa si fosse verificata, tenuto calcolo dello stato degli integumenti al davanti del capo della tibia, e la grande vicinanza all'articolazione del ginocchio, pare sommamente probabile che l'amputazione della coscia sarebbe stato necessaria, e ciò facendo nello stato di esaurimento dell'ammalato e colla grave complicazione all'altra gamba, avrebbe con tutta probabilità avuto esito sfavorevele.

Io stesso ho potuto più volte accertarmi dell'utilità degli innesti epidermici in tali casi e fin dal 1874 nel mio rendiconto clinico scrissi, che « trovammo tale innesto efficace nelle piaghe molto estese, e in modo « tutto speciale in quei casi, nei quali in seguito a strappamento, ferita, « gangrena, rimase un moncone a nudo per deficienza di pelle. In questi

« casi coll'innesto epidermico abbiamo potuto risparmiare l'amputazione « o la disarticolazione di parti, altrimenti inevitabile. »

Sulla cura delle pseudo-artrosi colla pressione ed il moto; per H. Smith. (*The American Jour.* 1876).

Il trattamento proposto dallo Smith non è che quello di Berard, Scutin, Velpeau di far muovere il paziente dal letto e farlo camminare all'aria libera, affinchè il processo riparatore sia più attivo. Perchè però la consolidazione si faccia ancora più facilmente, Smith ha ideato degli apparecchi ortopedici, i quali mentre sostengono il peso del corpo e permettono al paziente di camminare all' aria libera esercitano sul periostio e le estremità ossee tale pressione, da impedire un callo deforme.

Nella memoria dello Smith si leggono cinque casi guariti in tal guisa e vi è anche una particolareggiata descrizione del modo, nel quale gli apparecchi debbono essere costrutti. Lo scritto termina colle seguenti avvertenze:

1° La pressione al luogo della fratture deve essere la maggiore possibile, ma non tale da infiammare la pelle, per cui la cinghia, che vi è a questo punto nell' apparecchio, dovrà sempre essere fortemente tirata onde agire di ritegno attorno alla estremità dei frammenti;

2° Nella estremità inferiore il peso del corpo deve essere sostenuto dalla parte superiore dell'apparecchio, precisamente come un moncone è sostenuto in un membro artificiale dopo l'amputazione. La costrizione sul moncone superiore deve farsi fermamente soltanto quando il paziente sta per passeggiare o muoversi;

3° Quando si porta l'apparecchio per più mesi, la fodera interna e l' imbottitura debbonsi rinnovare, perchè l'arto abbia un più esatto appoggio;

4° Quando la consolidazione è fatta, l'apparecchio lo si tolga per 10 giorni solo alla sera, oppure quando il paziente sta seduto sopra una sedia;

5° Lo stesso mezzo contentivo è utile anche nelle fratture recenti, permettendo al paziente di alzarsi più presto da letto.

Modo facile di distendere le intestina nei casi di strozzamento interno; per Douglas Morton. (*The Practitioner*, giugno 1875).

Douglas, non avendo a sua disposizione che una siringa di Davidson, se ne giovò nel modo seguente. Cloroformizzato il paziente, iniettò successivamente nel retto un terzo di due pacchi d' una dose di polvere di Sedlitz sciolta in un'oncia e mezzo d' acqua. Poi applicò la mano sinistra sull'ano e colla destra praticò delle manipolazioni lungo il colon, presunta sede del male. Due o tre minuti dopo lasciò sfuggire il gaz.

Alla mattina seguente il secesso era libero e l'ammalato guarito.

Due casi di esportazione delle ossa del coccige per coccigodinia; per G. Mursick. (*The American Journ.* 1876).

Caso 1°. — Miss. W. d'anni 29, donna robusta e muscolosa, nel marzo

1872, cadde da una sedia, sulla quale era in piedi, e battè pesantemente col deretano sul suolo. La contusione delle parti molli fu gravissima, ed il dolore e la esulcerazione, che ne seguì, la costrinsero al letto per più settimane. In seguito lo stato generale deperì, diminuirono le forze e dimagrò.

Non trovando sollievo alle sue sofferenze l'ammalata, nel maggio 1873, quattordici mesi dopo la caduta, si decise farsi curare da Mursick. Essa allora accusava forte dolore attraverso la pelvi, ma più specialmente nelle regioni del retto. Il dolore si aggravava col passeggiare, coll' alzarsi da seduta, col defecare, colla compressione, e per qualunque movimento, il quale mettesse in funzione i muscoli della parte ammalata.

Accusava dolori di stiramento in ambedue le regioni ovariche e grande irritabilità della vescica. Coll' esame dell' intestino retto Mursick riscontrò grande sensibilità alla compressione contro il coccige, i due ultimi pezzi spostati e lussati all'avanti verso il retto. Coll' esame vaginale trovò antiversione dell' utero, il fondo di questo premente sulla vescica e sensibilissimo al tatto ; la mestruazione era regolare, ma assai dolorosa. Il dolore si estendeva attraverso l' intera regione pelvica. La paziente asseriva, che prima della caduta non aveva mai sofferto dolore nel periodo della mestruazione, nè verun disturbo uterino. Fu perciò di avviso Mursick, che la flessione provenisse dalla caduta.

La natura della malattia fu esposta alla paziente. Essa acconsentì all'operazione e al 2 giugno 1873 si rimossero le due porzioni di ossa spostate. Dopo l' anestizzazione coll' etere la paziente fu collocata sul fianco destro, le natiche furono portate sul margine del letto, fu introdotto l'indice della mano sinistra nel retto, e compresse bene all'indietro le ossa, con un bisturì si fece una incisione di due polici in lunghezza nella linea mediana profonda fino all'osso, i di cui attacchi furono il più esattamente possibile tagliati. Quindi, ritirata la mano sinistra si afferrarono le ossa con forte pinzetta, si stirarono all'infuori e con facilità poterono essere rimosse.

Forti dolori lancinanti in tutti gli organi pelvici seguirono l' operazione per varii giorni e fu necessario un abbondante uso d'oppio.

Vi fu ritenzione d'urina per tre giorni, per cui si dovette ricorrere all'uso del catetere; la ferita fu medicata con una leggiera soluzione di acido carbolico, lo spurgo fu molto abbondante per dieci giorni, e trascorsero quasi sei settimane prima che rimarginasse.

Caso 2°. — M. S. d'anni 25, quattro anni fa mise il piede in fallo, scivolò giù da una scala, contundendosi gravemente il coccige e le parti molli. Per due settimane fu obbligata a letto e d'allora in poi rimase sempre più o meno invalida per dolori, che dal retto si diffondevano attraverso la pelvi. Il dolore, come nel caso primo, si esacerbava per qualunque genere di compressione o movimento alle parti, soffriva pure di dismennorrea. Esaminando il retto, si trovarono le parti in vicinanza del coccige molto sensibili al tatto; i due ultimi pezzi mobili, ma non spo-

stati. L'utero in posizione normale, il fondo molto congestionato e sensibile.

Come nel caso precedente, la paziente aveva consultato parecchi medici senza ottenerne grande sollievo, siccome la vera natura del male non era stato conosciuta.

Al 31 maggio 1875, si rimossero i due ultimi pezzi del coccige come nel caso primo. La ferita fu medicata con filaccie bagnate in una soluzione d'acido salicilico coll'olio. Forti dolori seguirono l' operazione per due settimane, vi fu iscuria per otto giorni, necessitando l'uso del catetore. La ferita dell'operazione non rimarginò, che dopo due mesi.

Il dott. Mursick su questi due casi fa le seguenti osservazioni:

Il risultato di queste operazioni fu la guarigione della coccigodinia ed il sollievo delle sue incomode associazioni.

L'individua del caso 1°, dopo conveniente cura, interamente guarì della complicazione uterina ed è ora in perfetta salute. L'altra paziente è ancora sotto cura per la dismennorrea, per cui il risultato resta a vedersi.

L'operazione è di semplice e facile esecuzione, ma i disturbi che ne conseguono non sono ad essa proporzionati, sebbene per quanto mi consti non vi sia pericolo. Il dolore che ne segue è acutissimo e dura per parecchi giorni. La ferita è lenta a rimarginarsi e lo spurgo è abbondante.

Questo stato di cose può dipendere da debolezza generale indotta da sconcertata nutrizione durante il lungo periodo doloroso.

Dopo gli studi dei dottori Nott e Simpson le ossa coccigee furono di quando in quaudo rimosse come cura e con buoni risultati, specialmente in casi di origine traumatica.

Mi si presentarono finora cinque casi di coccigodinia, due di questi quale conseguenza di cadute, e tre per parto difficile, In questi ultimi non vi era nè frattura, nè spostamento di essa. Due guarirono con semplici palliativi dopo lunga cura. Il terzo è tuttora sotto osservazione.

Nella maggior parte dei casi la malattia è d'origine traumatica, e dove vi è frattura o slogatura delle ossa, il solo rimedio è l'escisione.

In altri casi la sezione sottocutanea degli attacchi del coccige può bastare specialmente in quelli d'origine nervosa. Di questo genere di casi molti sono curabili senza ricorrere ad operazione chirurgica, quantunque questa sia il metodo di trattamento più efficace.

Caso di lussazione della mandibola inferiore ridotta dopo trentatrè giorni; del dott. G. MAY. (*The Brit. Med. Journ.* marzo 1876).

Amalia Haynes, d'anni 24, servente a Weston, sanissima e per l'addietro stata solo ammalata per perdita di voce per lo spazio di nove mesi, nella sera del 24 ottobre 1875 ricevette un legger urto al braccio destro, che però non sembra le abbia fatto nè male nè spavento, e nella notte si svegliò con la bocca aperta e lussata la mandibola.

Si consultò con un farmacista, che le diede qualche medicina e ridendo le disse che aveva preso un raffredore. Una settimana dopo, la padrona

mandò a casa l'ammalata e colà fu vista da un medico, il quale cercò di ridurre la lussazione. Non essendo riescito al 20 novembre, inviò la paziente da May. Allora la mandibola era lussata da ambo i lati; si tentò di ridurla nel modo ordinario, ma senza buon risultato. Si provò anche il metodo, che Colles descrisse nel *Dublin Hospital Gazzet* july 1855 e che consiste nel mettersi il chirurgo in piedi dietro il paziente obbligando il capo di questo al suo petto e far presa sulla mandibola girando i pollici all'indentro in corrispondenza degli angoli della mascella e mettendo le altre dita sotto l'osso ed all'avanti. Ma anche questo tentativo essendo fallito, la paziente pensò di ricoverare all' Ospedale Reale di Berkshira.

Nel giorno seguente, May con altri colleghi tentò la riduzione sotto la narcosi cloroformica, ma di nuovo senza successo.

Allora si provvide dai signor Weiss una potente tenaglia con branche a ferro di cavallo, adattantesi entro la bocca, e che si separavano coll'avvicinamento dei manici. Alla prima prova non si riuscì di ridurre la mandibola neppure con questo istromento, ma in una seconda seduta fatta al 26 di novembre, dopo d'aver esercitata molta forza e d' essersi sentito cedere qualche legamento, il sig. Moxhay potè ridurre l'osso senza difficoltà nel modo ordinario. Il lato sinistro cedette pel primo.

Quando non fosse riescito anche con questo mezzo, May era intenzionato di procurarsi un istromento suggerito dal sig. Moxhay, cioè una tanaglia con una branca a ferro di cavallo da adattarsi entro la bocca, ed un'altra più corta, da adattarsi fuori al mento in modo di aver così una leva assai potente. PARONA.

Resezione ed asportazione dello sterno fino alla cartilagine ensiforme in un con alcune cartilagini costali, per carie necrotica. — Riproduzione dell'osso e delle cartilagini escise. — Stabile guarigione; Memoria del prof. FRANCESCO RIZZOLI. (Bologna 1876).

L'Autore, in questa pregiatissima memoria, si propone di mostrare esser possibile anzi frequente ottenere la riproduzione tanto dello sterno che delle cartilaggini costali dopo la loro resezione, conservando il periostio. Esposto dapprima brevemente i casi occcorsi fino ad oggi di resezione e riproduzione di quest' osso, fa vedere i pericoli, che in alcune circostanze s' incontrano nello eseguire quest' operazione, pericoli che ponno esser di leggieri scongiurati, quando il chirurgo abbia esatta cognizione anatomica della regione sternale e abbia presente le anomalie e le complicazioni, che vi si possono riscontrare.

Una rigenerazione completa dello sterno in un colle cartilagini costali era creduta possibile, ma non mai mostrata evidentemente. L'Autore desiderava vivamente aver la sorte di poter sciogliere questo quesito e fu appieno soddisfatto nel seguente caso.

La signora Anna G., di costituzione delicata, nel 1848 e cioè quando ella contava 17 anni di età, rimase da un fanciullo percossa con un bastoncello nel mezzo del petto. Nè sussegui una lenta sterno-costite, che

diede origine ad un ascesso, il quale si aprì in prossimità del capezzolo della mammella sinistra con uscita di pus fetente. Nel 1851 l'Autore visitava l'ammalata e riscontrava la costa, sotto al foro ulceroso, necrosata per 4 cent.: trascorso un altro periodo di tempo, quel pezzo di costa erasi fatto mobile e fu estratto dal chirurgo. Ma, chiusasi l'apertura fistolosa, cominciò a formarsi un'altra tumefazione alla regione sternale, che tutta la invase e si diffuse alla regione delle adiacenti cartilagini costali, la quale tumidezza ulcerossi verso il mezzo del manubrio e inferiormente vicino alla cartilagine necrosata, dando così escita a molta copia di marcia.

Nel 1860 il male incrudì, le marcie si fecero copiosissime, l' inferma dovea sempre star eretta, se no soffocava; avea tosse insistente e nel tossire la marcia usciva a spruzzi dalle aperture fistolose; avea febbre con esacerbazioni vespertine; era estremamente emaciata.

L'Autore, esplorato lo sterno dai fori fistolosi, riconobbe che il manubrio e il corpo erano, il primo intieramente, in parte solo il secondo denudati dal periostio; la sostanza ossea era firiabile, aspra rarefatta; guaste eran pure alcune cartilaggini costali.

Il prof. visto a questo punto l'alterazione decise esportare tosto tanto lo sterno quanto le cartilaggini costali malate.

Introdusse una guida scannellata nell'apertura ulcerosa occupante la cute della regione anteriore alquanto a sinistra del manubrio sternale e rasentando la faccia anteriore di quest'osso, fece escire la punta ottusa della tenta istessa dalla apertura ulcerosa, che trovavasi presso la xifoide verso destra. Colla scorta della tenta, mediante un bistorino, mise in comunicazione le due aperture ulcerose, per cui ne risultò una incisione longitudinale, ma un po' obliqua da sinistra a destra, lunga 7 centimetri.

Dall'estremità inferiore di questa incisione nè condusse un' altra a destra nella direzione dell'orlo cartilagineo inferiore costituito dalla settima costa, ed una simile incisione compì pure a sinistra: queste due incisioni aveano ciascuna la lunghezza di cent. 6. Isolò poi del tutto i due lembi triangolari che derivarono dalle fatte incisioni e tolse gli attacchi che il periostio conservava in altri punti col corpo dello sterno. Riconosciuti allora e confermati i guasti dello sterno e cartilaggini costali, ed essendo il manubrio nel punto ove si congiunge col corpo dell'osso del tutto staccato, come pure disgiunto dalla prima e seconda cartilagine costale d' ambo i lati, il chirurgo introdusse una spatola nel solco, che divideva il manubrio dal corpo dello sterno e isolatolo dal periostio e dai muscoli, lo trasse fuori. Riconobbe allora che delle altre cinque cartilaggini costali che al corpo sternale si congiungono in istato normale, se ne erano staccate tre per parte, ma che le ultime due pur malate vi si mantenevano salde: l' operatore isolatele alla distanza di oltre 3 cent. dallo sterno, troncolle colle cesoie tanto a destra che a sinistra. Colle stesse cesoie troncò trasversalmente rasente la cartilagine

ensiforme il corpo dello sterno, dopo averlo isolato dal periostio, e lo levò quasi completamente colle resecate cartilaggini costali.

Arrestato il sangue, accostati i lembi, vi soprappose una comune medicatura.

Non s'ebbe forte reazione, le granulazioni carnee riempirono la cavità fattasi suppurante; formaronsi isolette ossee, che man mano crescendo finirono per dar luogo alla completa riproduzione dello sterno e alla formazione di un tessuto cartilagineo in corrispondenza ai tratti, dove le cartilaggini costali furon disgiunte.

Il nuovo sterno meno la cartilaggine ensiforme misurava in lunghezza cent. 8 e 1[2; e in corrispondenza alla base era largo 5 cent. Era un centimetro più corto del vecchio.

La signorina non ebbe più a soffrire alcun disturbo o qualsiasi molestia in quella località. Bossi.

Amputazione totale della lingua con l'ansa galvano-caustica; del prof. Pasquale Landi. (*Estratto dallo Sperimentale*, anno XXX. 1876).

Passa in disamina i processi operativi adoperati fin oggi per la mozzatura della lingua alla sua base, riferendosi alla natura cancerosa, facilmente recidivabile, delle neoproduzioni che a preferenza di altre in quell'organo si presentano. Questi metodi son tre: l'amputazione con il tagliente, con la legatura e con lo schiacciatore lineare di Chassaignac. L'Autore crede risultare ad evidenza:

1.° Che nei casi in cui l'affezione eterologa è limitata alla lingua, la legatura e meglio ancora la schiacciatura meritano la preferenza.

2.° Che la sostituzione alle stesse incisioni, alle osteotomie ed alle resezioni temporarie, di una semplice perforazione nella regione soprajoidea, e perciò senza sformare ed ingrandire in qualsiasi modo la cavità boccale, avendo resa possibile l'amputazione della lingua alla sua base, oltre ad escludere la necessità di operazioni preliminari, ha fatto comprendere altresì la probabilità di conseguire identico intento, anche omettendo la perforazione sopra-joidea e ha schiuso così ai chirurghi una nuova via a più accurate indagini intorno ai rapporti della lingua con la cavità orale, ed al modo più acconcio per amputarla, eseguendo tutta la meccanica operatoria entro i limiti naturali di quella cavità.

3.° Che infine siccome il pregio massimo della legatura e dello schiacciamento lineare è quello di preservare, il più delle volte almeno, il paziente dalla immediata emorragia, ed i loro maggiori difetti e pericoli, più del primo però che del secondo, stanno nella durata della operazione, e subordinatamente a quella, nella durata e intensità del dolore e nella possibilità della infezione putrida, così faceva mestieri trovare un nuovo metodo operatorio, che al pari di quelli garantisce delle emorragie immediate, che di quelli riescisse più spedito e perciò relativamente meno doloroso e che mettesse al sicuro dall' infezione putrida e possibilmente anche dalla consecutiva emorragia.

Questo metodo così tratteggiato, alla cui storia terapeutica hanno

preso parte molti fra i nostri chirurghi e non ultimo certamente il Landi, è l'elettricità.

Fu esperimentato questo processo nelle anghiectasie, nei tumori emorroidali, negli epiteliomi del collo dell'utero, del glande, nei polipi uterini, nelle fistole anali, nell'epitelioma e nel cancro della lingua ed in altre affezioni simili e congeneri e sempre con risultati soddisfacentissimi. Non vuol negare però l'Autore, che l'elettricità non sia sempre senza inconvenienti, non riescendo l'operazione sempre incruenta, non avendo sempre l'escara eguale spessezza ovunque, ecc.; tuttavia il metodo elettro-termico in genere e con l'ansa incandescente di platino nel caso in esame, rimane sempre il migliore, come quello che più degli altri soddisfa a tutte le indicazioni richieste dalla natura del male e sede dell'organo malato.

Fu questo metodo, che l'Autore prescelse e praticò in Antonio Sacchetti, affetto da degenerazione eteroplastica alla lingua (cancro epiteliale).

Postosi il professore di faccia al malato, invitò il paziente a metter fuori, come poteva, la lingua e fece su essa con la pinzetta di Museux valida presa, mercè graduate trazioni la trascinò fuori di bocca quanto fu possibile. Dilatata con uncini l'apertura labbiale onde poter scorgere i pilastri del velo pendolo, che in quello stato di forzata propulsione della lingua pareva che segnassero il punto di confine tra la parte malata e la sana, guidò l'ago tubulato conducente l'ansa metallica presso il pilastro posterior sinistro, infiggendolo nella base della lingua e con l'indice dell'altra mano traversata quella orizzontalmente da parte a parte, fece sporgere la punta dell'ago in corrispondenza del pilatro posterior destro. Inclinato allora il manico dell'ago verso l'orecchio sinistro e ritiratolo dopo aver fatto scorrere l'ansa da sinistra a destra, portò i due capi di quella allo stesso livello e parallelamente ai lati del frenulo della lingua, e quindi introdottili e fissabili nel rispettivo conduttore dello strumento galvanico, mediante alcuni giri di vite mise la stessa ansa metallica a regolare e perfetto contatto con la parte da recidere. Ciò fatto, chiuse il circuito, e bentosto l'ansa fattasi incandescente, procedè con la sua azione distruggitrice nella sezione dei tessuti interposti, intanto che girando la vite, quell'anello metallico venne a grado a grado impicciolito fino a sezione completa.

Afferrata quindi e tirata fuori la lingua, questa fu fatta passare nell'ansa metallica, già foggiata ad anello ed aggiustata in un conduttore galvanico a becco un poco ricurvo; dopo di che l'ansa stessa fu guidata con i due diti indici presso la radice della lingua ed ivi stretta questa cadde lasciando però una sezione non troppo esatta, causa la poca flessibilità dell'ansa. Fu d'uopo completare, ripetendolo, il secondo tempo dell'operazione ed esportare con la residua parte malata anche quella, apparentemente almeno sana, onde aver maggiori probabilità di radicale guarigione.

Alla sera dell'istesso dì l'infermo era apiretico: l'escara copriva ancora la base della bocca.

Verso il 6° giorno cominciò il distacco dell'escara, dando luogo a legger emorragia, tosto frenata, e nel 12° la superficie del piano buccale era cosparsa di minutissime granulazioni.

Null'altro di notevole nell'effimeride clinica: dopo due settimane dalla caduta dell'escara il Sacchetti esciva dall'Ospedale perfettamente guarito. Conservava le sensazioni gustatorie, nessuna molestia sentiva nella deglutizione, la loquela era libera, la voce viva e chiara.

Fattosi l'esame istologico del tumore della lingua dal chiarissimo prof. Martinetti, questi lo giudicò un epitelioma, che traeva origine dallo strato di Malpighi della membrana mucosa della lingua. Bossi.

Urano-plastica eseguita in profonda narcosi a capo pendente — Comunicazione del dott. Arturo Menzel, chirurgo primario all'Ospitale civile di Trieste, 1876.

Dopo aver provato il grande vantaggio, che s'ha dalla narcosi nelle operazioni le più gravi ed i pochissimi casi di morte a deplorare (1/5000), l'Autore viene a discorrere della narcosi particolarmente nell'urano-plastica. In quest'operazione, secondo Langenbeck, una profonda narcosi non deve giammai adoperarsi, mentre una narcosi imperfetta non fa che difficoltare l'operazione per il molto sangue, che d'ordinario accompagna quell'atto operativo e per il pericolo che quel sangue entri nelle vie aeree e produca soffocazione. Furon proposti varii espedienti per ovviare tali funesti accidenti, la traecheotomia col tamponamento della trachea, il tamponamento del cavo faringo-laringeo, ecc., avanti di precedere alla narcosi. Rose osserva con ragione, che la tracheotomia stessa non è operazione del tutto indifferente e propone l'operazione a capo pendente ed è il suo metodo, che ha eseguito il Menzel nel caso, che in questo suo lavoro ha descritto.

D. Bartolomeo da Trieste, d'anni 26 si scaricò il 19 dicembre una pistola carica d'acqua in bocca, dirigendone la canna precisamente verso il palato duro. Nè risultò una perforazione nel centro del palato duro del diametro di circa 15 millimetri. Mediante il processo di cicatrizzazione il foro si restrinse ad un diametro di un centimetro. L'urano-plastica fu dal professore fatta il 13 gennajo 1876.

Venne narcotizzato l'ammalato nella solita giacitura col capo rivolto verso la finestra, e quando fu raggiunta l'anestesia, il tavolo (di Langenbeck) venne ridotto perfettamente orizzontale, e allontanato il capezzale, l'infermo fu adagiato in modo che il capo ed il collo sporgessero oltre il margine libero del tavolo. Indi il capo fu arrovesciato in modo, che il suo asse formasse con quello del corpo un angolo retto. Eseguiti dall'operatore i due tagli laterali ed il distacco dell'indumento mucoso periosteo, durante perfetta narcosi, il sangue che fluiva in gran copia per il foro del palato, si versava nella cavità nasale e da questa zampillava per le due narici. Il paziente rimase nella accennata posizione durante tutta l'operazione, la quale, comprese le suture, durò circa tre quarti d'ora, ed in questo frattempo nè da parte della respirazione, nè

da parte del polso si ebbe mai il più leggiero sintomo inquietante. Bensì la testa pareva tumida, la faccia arrossata, i bulbi sporgenti. La periferia del capo aveva aumentato di un centimetro.

Il chirurgo mantenne allargate le ferite laterali, riempiendole di filaccia per 4 giorni consecutivi.

Levò le suture il sesto giorno ed allora ebbe il piacere di constatare una perfetta prima intenzione di tutta la ferita.

Lo scopo della presente comunicazione fu di constatare, che la detta operazione può d'ora innanzi essere benissimo eseguita in perfetta narcosi col metodo di Rose, inquantochè l'iperemia cerebrale proveniente dal capo pendente non altera minimamente l'andamento della narcosi, se son giusti gli esperimenti di Ackermann.

L'Autore poi, provata che sia l'innocuità della narcosi nella uranoplastica, ne propone l'applicazione in tutte le operazioni più gravi della cavità della bocca e del naso, principalmente nelle resezioni del mascellare superiore, in certe tonsillotomie in bambini indocili, ecc. Bossi.

Estirpazione completa della parotide degenerata in tumore colossale. — Comunicazione fatta alla Reale Accademia di medicina nella seduta del 28 aprile 1876, dal socio Enrico Bottini.

Premessa la storia delle vive ed interessanti dispute sorte sulla possibilità o meno, sulla facilità o difficoltà somma dell'estirpazione della glandola parotidea, passa alla critica dei processi usati in quest'operazione. Combatte specialmente il metodo misto di Corradi, d'estirpare cioè la glandola col bistorì e col coltello termo-elettrico, perchè: 1.° non si è mai guarentiti dall'emorragia; 2.° l'azione necrotica passa sempre la linea di sezione, correndo pericolo di attaccare organi importantissimi; 3.° la ferita dovendo rimarginarsi per seconda intenzione s'ha facilmente la febbre d'infezione; 4.° la cicatrice restante, essendo ampia e irregolare, inceppa i movimenti della parte, lasciando anche grave deformità. Riconosce migliore il metodo, che Waston adoperava per l'estirpazione del gozzo, disapprovando però la legatura complessa dei vasi come pericolosa e per il maggior tempo, che impiega il nodo a cadere, e per la maggior piogenesi, che la dinturna presenza del filo in grembo alla ferita accende e mantiene.

Preferisce adunque impiegare un po'più di tempo e pazienza, ma isolare diligentemente i vasi innanzi allacciarli.

È il metodo di Waston così modificato, che l'Autore usò nel seguente caso d'estirpazione della glandula parotide.

Cravero Antonio da Cormagnola, di 39 anni, ebbe sempre buona salute. Verso il 19° anno rilevava un tumore pari ad un nocciolo di ciliegia, fisso, duro, indolente, sito nel centro della regione parotidea destra, che s'ingrossava lentamente, meglio ampliando, la base che rilevando la superficie, epperò ingrandiva con progresso insidioso, non avvertito nella voluta misura dall'infermo, tanto che in due anni raggiungeva il volume d'un ovo di gallina.

Il Cravero dopo aver esperito invano le ciurmerie d'un ciarlatano, deluso, ripentito affidavasi al ministero di due medici di Chieri. Costoro si studiarono fondere il tumore con cilindretti caustici, scavando nel pieno della massa una specie di cratere, che dopo lunga suppurazione si spense, lasciando a reliquia tale escavazione da capire il pollice d'un uomo adulto.

Quando l'ammalato, si presentò al Bottini, la massa morbosa si elevava dalla regione parotidea, protendendosi per ogni dove nelle regioni finitime, con aspetto ovoideo, a superficie lobuliforme a consistenza varia, sessile, immobile, coprente il lobulo dell'orecchio e parte del padiglione e inceppando la masticazione.

L'Autore giudicò il tumore un mixo-sarcoma della parotide e ne propose l'esportazione, che venne eseguita poche settimane dópo.

Ottenuta una completa cloro-narcosi, esordì con una incisione lineare, che dall'alto della regione temporale, fiancheggiando la superficie anteriore del tumore, raggiungeva la punta della regione claveare. Dissecò rivolgendolo sul volto il lembo cutaneo, allacciando preventivamente la trasversale della faccia. Scoperto così il fianco anteriore del tumore, s'accinse a staccarlo dalla base, snocciolandolo colle dita e con istrumenti ottusi. Legò la facciale, molte vene, la carotide esterna. A questo punto, avendo staccata più di metà della base del tumore, rimise il neoplasma nella sua natural giacitura e con altra incisione convergente alla prima, scolpita nella superfice posteriore, comprese la massa in ampia elissi. Rovesciò posteriormente il lembo cutaneo e ripetè la bisogna come per la superficie anteriore, legando preventivamente l'auricolar posteriore e una grossa vena. Il neoplasma allora fu divelto completamente.

La perdita di sangue fu insignificante, la ferita medicata per prima intenzione dopo 3 giorni era sodamente riunita e al finir del 18° il Cravero ripatriava.

Il tumore mandato al valente istiologo prof. Bizzozero fu riconosciuto un *mixo-adenoma* con elementi *cartilaginei* e *sarcomatosi*, dotti sinuosi, acini glandolari e resti di ghiandola parotide. Bossi.

Dissezione osteoplastica della apofisi montante ed osso nasale destro per l'esportazione di voluminoso tumore vaso-oculare. Relazione fatta alla Reale Accademia di medicina nella seduta del 5 maggio 1876, dal dott. Bottini.

L'infermo, oggetto della seguente storia, non ebbe mai a soffrire malattie di rilievo. Da alquanti anni, senza sapere ben precisare l'epoca, ebbe ricorrenti epistassi localizzate sempre alla narice destra, di cui talune veramente profuse, da abbatterlo per qualche tempo.

Le rinorragie cessarono per sè, ma a queste subentrava una molesta ipersecrezione di pituita, un intoppo della narice destra. Or fanno 18 mesi si accorse di avere l'occhio destro pieno di lacrime, e per l'incessante prosciugamento, cui era astretto, le congiuntive divennero tu-

mide ed ingrossate. Ricorse al parere del prof. Secondi, il quale riconobbe trattarsi di un tumore estrusosi dalla narice alla cavità orbitale.

Si tentarono dapprima i solventi, poi la cura idiopatica, finchè vedendo come a nulla giovassero tutte queste risorse, venne richiesto il consiglio del Bottini.

L'Autore rilevò per primo un esoftalmo marcatissimo dell' occhio destro cacciato in fuori ed all'esterno da una massa, che invadeva tutto il canto interno orbitale. La funzione visuale per sè non trovavasi punto alterata, solo difettava la sinergia dei movimenti, eravi poi diplopia ed epifora completa e persistente. Il tumore occupava tutto il canto maggiore dell'occhio, avea consistenza varia, ove duro ed ove pastoso: era indolente affatto anche sotto una ruvida pressione, tranne allo sbocco del nervo sovraorbitale. La cavità nasale destra era per intiero occupata da una massa morbosa, che a livello della narice mostravasi rossigna, con liscia ed uniforme superficie. Da diversi mesi questa narice era impervia, e da poche settimane anche dalla narice vicina, che andava man mano occludendosi, non passava un filo d'aria, chè il setto veniva cacciato a ridosso della parete esterna della cavità nasale sinistra.

Non si avea ombra d'ingrossamento ghiandolare: stato generale lodevolissimo.

L'Autore giudicò trattarsi di un *sarcoma orditosi probabilmente nel seno frontale destro, estrusosi* poscia nel cavo orbitale e nasale corrispondenti e ne consigliò la remozione.

Premessa la cloroformizzazione, cominciò con una incisione tegumentale tesa dal livello del foro sovraorbitale destro alla narice corrispondente, seguendo il contorno dell'orbita e fiancheggiando il naso; distaccò le parti molli fino all'osso e quindi allacciò due piccole arterie, l'angolare del naso e la sovraorbitale.

Denudato per bene lo scheletro, colla tenaglia ossivora di Signoroni incise l'apofisi montante del mascellare superiore, un centimetro circa all'interno del foro infraorbitale: collo scalpello staccò la sutura naso-coronaria e prendendo in pieno l'ala così scolpita, la rovesciò in alto ed a sinistra, e quivi la fece trattenere da un ajuto.

Appena venne dischiusa così a cerniera la parete anteriore della cavità nasale destra, il tumore a stento coacervato in angusto spazio visibilmente estrudevasi, occupando tosto il posto lasciato dalla volta nasale. Preso allora il coltello termo-galvanico e portatolo a freddo e con grande stento fra il neoplasma ed il setto, lo incendiò dirigendone all' esterno la lama; in questo modo staccò una buona parte del tumore e poscia proseguendo col cucchiajo di Simon colla raschiatura asportò tutta la massa morbosa che tappezzava la volta e la parete esterna della cavità nasale. Provvide allora a fermar l'emorragia con cauterizzazioni e un grosso tampone, ricondusse a posto il lembo e lo assicurò con diversi punti di sutura nodosa rafforzati con liste di cerotto.

L'occhio ritornò immediatamente a naturale livello, integra la funzione visiva e il naso prese pure il suo primitivo aspetto.

Il giorno dopo verso sera l'operato dovette esser siringato, non avendo mai orinato e l'orina era nera caffeica per presenza di sangue. L'enuresi e l'ematuria continuarono il terzo giorno e il quarto, che fu l'ultimo per l'infermo, poichè una violentissima febbre, diarrea, ortopnea lo misero a morte.

All'autossia, la volta orbitale destra rimarcossi più rialzata della sinistra e molto assottigliata.

La vescica conteneva 50 grammi circa d'orina rossigna: al collo vescicale una macchia azzurrognola da gangrena.

L'uretra nella sezione prostatica presentava quattro intaccature interessanti la mucosa: una falsa strada di due centimetri tra la bulbosa e la membranosa. Tutto il canale uretrale pieno di coaguli sanguigni, con mucosa tumida e rossa.

Il tumore esportato raggiungeva una mole del peso di 300 grammi: il microscopio rivelò trattarsi d'un neoplasma, il cilindroma, o sarcoma che dir si voglia.

Pezzi di cervello e di meningi furon mandati al prof. Bizzozero per la disamina istopatologica. Il professore rispose d'aver trovato nulla di patologico.

L'Autore termina esclamando:

Tale, o signori, è la storia ed ora a voi i commenti!

E noi aggiungiamo: Ed ai posteri l'ardua risposta! Se l'operato morì per pioemia od uretropatia! Bossi.

Sopra uno speciale metodo curativo di alcuni aneurismi esterni. Osservazioni e storia del prof. cav. Azzio Caselli. (*Dal Bullettino delle Scienze Mediche di Bologna,* Serie 5ª vol. 20°, pag. 412).

Alla numerosa serie di fatti risguardanti la terapia degli aneurismi, l'Autore aggiunge una nuova osservazione di sommo interessamento pratico. Tuttochè quest'argomento sia stato percorso dai più insigni maestri d'Italia e di tutto il mondo medico, tuttavia esistono pur troppo casi ancora, in cui disgraziatamente veruno dei mezzi finora usitati vale a guarire sì grave morbo. Un metodo che il professore propone, suffragato già da un caso di guarigione, potrà trovare larga applicazione, rendendo sommo vantaggio all'egra umanità e onore all'arte chirurgica.

Guidetti Serafino, d'anni 35, di S. Martino in Rio, ricoverava nell'Ospedale di Bologna, il 17 dicembre 1874, per tumidezza alla coscia sinistra. Nel 1866 era stato colpito da una palla da fucile al terzo medio, parte mediana della coscia stessa, palla che fu estratta insieme agli indumenti dell'infermo. Intensa fu l'emorragia, che sopravenne, ma frenata tosto, seguì una solida cicatrice, restando l'arto solo un po' debole. Dopo otto mesi però il Guidetti notò cinque o sei centimetri all'insopra

della cicatrice, una tumidezza pulsante, che quasi scompariva alla pressione, di volume man mano crescente, dolentissima e accompagnata da edema e debolezza progrediente dell'arto. Avvenne infine un' assieme di fenomeni da impedire la libera deambulazione e da costringere l' infermo a venire all'Ospedale.

All'esame obbiettivo l'Autore riscontrava sulla parte media ed anteriore della coscia sinistra un tumore di forma ovalare, col suo diametro maggiore lungo l'asse dell'arto, ricoperto da pelle sana ed integra, con vene cutanee serpeggianti, molto dilatate. I margini erano regolarissimi ed esisteva una pronunciata linea di demarcazione fra essi ed i tessuti circonvicini. Al palpamento, veemente pulsazione sincrona ai moti del cuore; all' ascoltazione forte soffio unito a leggero rumore di raspa. Comprimendo la femorale al triangolo di Scarpa diminuiva il volume del tumore e scemavano i battiti in esso.

Per questi sintomi obbiettivi l'Autore stabilì la diagnosi di aneurisma circoscritto, traumatico, falso, consecutivo della femorale superficiale nel suo terzo medio.

Il tumore avea un diametro verticale di 17 e trasverso di 12 centimetri.

Dopo aver invano tentata la compressione digitale e il compressore Rizzoli, il professore pensò di mettere in opera il semplicissimo ed utile apparecchio autocompressore dello Scarenzio, cominciando ad applicarlo notte tempo, mentre durante il giorno continuava la compressione digitale. Ma dopo alcuni giorni essendo poco il miglioramento, la compressione diretta coll'apparecchio dello Scarenzio volle fosse portata al massimo grado di tensione, munendolo di una piastra di legno atta ad abbracciare tutto il tumore e coadjuvandolo in molte ore del giorno colla compressione indiretta mediante il sigillo del Rizzoli. Questo metodo era tolleratissimo, ma verun vantaggio si otteneva, sebbene e il Guidetti fosse assoggettato alla cura del Valsalva in embrione e si facessero giornaliere injezioni di una soluzione di un grammo d'ergotina, metà nell' interno del sacco, e metà nei contorni di esso.

Così eran già scorsi quasi tre mesi, quando il 1° aprile, mentre il professore in presenza dei giovani studenti e di alcuni medici rinnovava le sue osservazioni, stringendo fra le mani il tumore, spostandolo e comprimendolo per sentire se alcuni grumi s'eran in esso formati, gli fece fare un giro sopra sè stesso di un quarto di cerchio: ogni pulsazione cessò, il soffio tacque. Ripetè l'esperimento e ad ogni volta l'effetto novellamente ottenne; il girare dell'aneurisma sopra sè stesso, produceva tale torsione sui vasi afferenti da obliterarne il lume. Approfittò tosto di sì favorevole scoperta il chirurgo: immobilizzata la coscia entro la doccia dell'apparecchio Scarenzio privato della scorta compressiva, mediante due cunei di legno ricoperti di tela, fece due leve in senso opposto sul sacco aneurismatico, da costringerlo a descrivere un quarto di cerchio sopra sè stesso.

Dopo 4 giorni smosso l'apparecchio, il vasto aneurisma erasi fatto duro e senza pulsazione. Dopo pochi dì, munito solo d'una fasciatura compressiva, il Guidetti lasciava l'Ospedale perfettamente sanato.

Bossi.

Sopra un caso di macroglossia congenita felicemente operato; Nota clinica del dott. Flavio Valerani letta nella R. Accademia di Medicina di Torino nella seduta del 26 maggio 1876.

L'ipertrofia congenita della lingua è uua malattia rarissima a riscontrarsi nella pratica e provalo l'esiguo numero di storie, che stanno registrate negli annali della scienza nostra. Tra gli scrittori italiani il solo Monteggia narra d'averne osservati alcuni casi, denominandoli *soverchia grossezza* o *allungamento congenito della lingua*. Più ricca della nostra invece è la letteratura chirurgica straniera, in cui tale malattia venne descritta accuratamente e appellata coi sinonimi di lingua vitellina, propendula, glossoptosi, prolasso, macroglossia; è a quest'ultima denominazione che l'autore ha dato la preferenza, come la migliore e la più antica.

Un caso di tale natura forma il soggetto della seguente sua memoria, caso pieno d'interesse e in grazia della sua rarità e dell'esito fortunato di sua guarigione e per la luce che getta sul quesito del come partecipano i tessuti della lingua alla produzione della macroglossia.

Nel luglio dello scorso anno fu presentata all'autore una bambina di due mesi, Borella Scolastica, affetta da ipertrofia con allungamento della lingua; l'atto del poppare era difficoltato, la saliva colava dalla bocca e la punta dell'organo sporgeva fuor dalle labbra per circa due centimetri.

In vista della troppo tenera età della bambina, il chirurgo consigliò la madre a pazientare alcuni mesi, perchè l'inferma, del resto robusta, fosse meglio in grado di sopportare l'operazione.

Nel dicembre istesso anno, fu di nuovo presentata la piccola inferma: l'ipertrofia linguale avea notevolmente progredito: la porzione dell'organo sporgente fuor delle labbra mostravasi più secca della parte endorale e di color violaceo; la saliva colava di contiuuo dalle due doccie laterali tra le commessure labbiali e il margine della lingua; l'apertura boccale era ampliata; e la metà inferiore del viso già presentavasi, in modo disgustoso, sporgente in basso, arieggiando l'aspetto del cretino.

Fu decisa allora praticar tosto l'amputazione di tutta la parte sporgente della lingua fuor dell'arcata dentaria; l'operazione fu compiuta in pochi istanti colla dieresi galvanica. Afferrato l'organo colla pinza del Museux, l'ansa di platino recise tutta la porzione extra-orale.

Non s'ebbe a lamentare nessun accidente, e dopo alcune settimane l'apice della lingua andò arrotondandosi in modo affatto identico a quello della lingua normale, tanto che, dice l'autore, chi la vede oggi non può certo sospettare la grave mutilazione, a cui andò soggetta.

Il pezzo patologico esaminato dal prof. Bizzozero dimostrò, che la

macroglossia è dovuta ad una semplice ipertrofia della lingua, alla quale quindi partecipano i muscoli, il connettivo, l'epitelio e tutti gli altri costituenti normali della lingua stessa. Non trovò quelle dilatazioni linfatiche che vennero descritte in alcuni casi. Bossi.

Di un tumore comparso improvvisamente sul corso dell'arteria femorale; sue particolarità; del prof. Giosuè Marcacci.

Gattavecchia Domenico, contadino, d'anni 60, nella notte del 29 aprile ultimo, veniva repentinamente destato da crampi ed acuti dolori alla destra coscia: visitato il dì dopo dai medici del paese, si riscontrava affetto da un tumore della grossezza d'un pugno, sferoidale, lobulare, indolente, più duro alla periferia che al centro, a pelle normale e scorrevole, sito al disotto della metà della coscia, faccia anteriore interna.

Nove giorni dopo condotto il Gattavecchia nella Clinica del professore Marcacci e diligentemente esaminato dall'assistente Silvestri, questi oltre i suesposti sintomi rilevava essere il tumore sede di distinte pulsazioni, di un rumore di soffio pronunciato, intermittente, propagantesi fin sulla rotula, isocrono colla sistole cardiaca: se comprimeva la femorale al disopra della tumefazione, questa avvizziva, come diminuiva, se la pressione la faceva sulla stessa: se apponeva la mano sulla parte interna e posteriore del tumore, udiva un legger fremito: se eseguiva la compressione alla regione del poplite non determinava modificazione di sorta e sentiva non esser quest'arteria pulsante.

Per tutti questi sintomi il Gattavecchia fu giudicato affetto da aneurisma spontaneo dell' arteria femorale destra appena al disopra dell' anello fibroso del grande adduttore.

Il prof. Marcacci esaminava il paziente due dì dopo la sua entrata in Clinica e ne illustrava il caso. Fatta anzitutto l' anamnesi, dalla quale risultava esser il Gattavecchia sempre stato sano e robusto, passò a notare i cambiamenti nel tumore seguiti in questi giorni: non più pulsazioni distinte, non movimento di espansione, non rumore di fremito, non riducibilità alcuna: ancora non pulsante la poplitea, sensibili appena i polsi della tibiale anteriore: rumore di soffio, ben sentito, alquanto aspro ed intenso sul tumore isocrono colla sistole cardiaca e propagantesi a distanza: sollevamenti in massa del tumore, ma non battito distinto. Nulla nel generale, se non certa rigidità delle arterie e ottusità agli apici.

Il professore tuttochè stretto dall' anamnesi, non potesse negare la diagnosi fatta dal suo assistente, tuttavia varie considerazioni lo lasciano incerto. Il difetto di pulsazioni, la non riducibilità, la nessuna modificazione, che il tumore subisce comprimendo il tronco arterioso, la sua consistenza piuttosto notevole, le lobulazioni alla base non sarebbero fatti troppo conciliabili con un' aneurisma recente: quello che sarebbe poi ancora più strano si è l'esser seguita la lacerazione durante il sonno. Non escluderebbe l' idea d' un neoplasma, che siasi lentamente formato sulla femorale e che potesse co' suoi battiti e col rumore di soffio dato dalla compressione sull' arteria, simulare l' aneurisma: ricorda casi di

tumori che son nati, cresciuti a questo punto senza che il malato ne avesse coscienza: mostra come sia impossibile giungere ad una diagnosi differenziale fra l'aneurisma e un tumore formatosi sull'arteria: se il tumore, dice, fosse spostabile e sdrucciolasse sotto la pelle, sarebbe facile allontanarlo da' suoi rapporti coll'arteria e allora scomparirebbero i rumori di soffio, l'espansione, il sollevamento in massa, da cui fosse animato: ma il tumore nel presente caso essendo profondo, voluminoso, fisso, viene a mancare anche questo criterio e mantiene la più grande incertezza.

Ordina intanto una cura, anche a scopo di diagnosi: dapprima fa uso della compressione digitale indiretta continuata per 66 ore: a nulla giovando, essendo anzi il tumore cresciuto e avendo prodotto escoriazioni ed eritema, ricorre all'apparecchio compressivo di Broca a doppia pallotta e alla compressione diretta mediante fasciatura di tutto l'arto, raddoppiando i giri di fascia sul tumore. Dopo tre dì però, e per la comparsa di flittene e per un certo dolore, che si è sviluppato nel tumore e per la tumefazione edematosa di quella parte di piede rimasto scoperta, dovette ordinare di rimuovere e apparecchio e fasciatura: la tumefazione intanto era aumentata, ciò ch'era appena sensibile dopo la digito-compressione, ossia il rammollimento e il disparire dei lobuli e la comparsa della fluttuazione ora è palesissimo: rimane però ancora il rumor di soffio e tanto basta per tener inchiodato con un lembo della veste all'aneurisma.

L'ammalato va emaciandosi, febbricita, tratto tratto delira, per cui altra cura non ritiensi opportuna se non se la fasciatura semplice, che dopo tre dì devesi levare, giacchè riesce insopportabile. Alla sera di questo giorno un notevole cangiamento faceva il professor osservare nel tumore: scomparso il rumore di soffio ed ogni moto di sollevamento, la mollezza e la fluttuazione si fanno sempre più evidenti tanto da parer un ascesso: si punge col trequarti e nessun liquido esce: esamina un frammento di sostanza rimasto nella cannula; non si scorgono che globuli sanguigni sformati e corpi granulosi indecifrabili.

Il deperimento è estremo nell'infermo; un certo gorgoglio che assomiglia a quello intestinale risvegliasi alla palpazione del tumore e in certi punti alla base sentesi crepitio enfisematico; più tardi tutta la tumefazione è ripiena di gas, la pelle si fa livida, scura e l'ammalato muore il 1º giugno, 21 giorni dal suo ingresso in Clinica.

Reperto necroscopico. — Al disotto dell'aponeurosi d'inviluppo assai assottigliata e smagliata, riscontrossi una massa di sangue putrefatto, del peso di 380 grammi, sangue che s'approfonda e si frappone ai muscoli della coscia, scavandosi ai loro lati un ampio vuoto ben limitato e circoscritto. Pulita la parte, presentossi una stracciatura dell'arteria immediatamente al disopra dell' anello del grande adduttore, lunga centimetri 2 e 1[2, larga 1, interessante la metà circonferenza del vaso, ove le tre tonache sono distrutte.

Isolata la femorale dall'arcata crurale al poplite notossi:

Nella porzione superiore alla soluzione di continuità, una certa dilatazione uniforme, rigidità e maggior consistenza di pareti: nessun coagulo riempiva l'arteria;

Nella porzione media, ch' è sede della stracciatura, il vaso è diminuito di calibro, il suo lume è occupato da un coagulo fibrinoso, noduliforme, conico colla base in alto: le pareti sue friabili, molli, tumide;

Nella porzione inferiore, l' arteria è chiusa completamente da un trombo solido, aderente alle pareti, di vecchia data; il vaso perciò assume l'aspetto d'un cordone duro, cilindrico, resistente, che incomincia a livello dell'origine della grande anastomotica e finisce alle articolari superiori: questo trombo è perforato da un canaletto. Le pareti sono fragili in alto, compatte, resistenti in basso, dove son cinte da tessuto connettivo inspessito.

L'esame microscopico fa vedere esser le tonache delle arterie in preda a degenerazione adiposa, ma specialmente la media e in prossimità alla soluzione di continuità.

Cuor sinistro dilatato, floscio, assottigliato: tubercoli all' apice dei polmoni.

Ecco ora come il prof. Marcacci spiega questa lesione: la degenerazione regressiva granulo-grassosa delle pareti arteriose della femorale, il loro rammollimento, la conseguente loro diminuita coesione, portarono un tale indebolimento nella resistenza del vaso da renderlo non più capace a sostenere l'urto dell'ondata sanguigna, e l'arteria si ruppe; rottura favorita probabilmente dalla presenza dell'anello fibroso dell'adduttore e dal trombo, che immediatamente le succede nella sottoposta poplitea: trombo autotono, primitivo, che preesisteva.

Se il Gattavecchia, continua il professore, avesse posseduta una tempra più forte e fosse sopravvissuto per un tempo ancora più lungo, potevano forse formarsi quei salutari essudati plastici, pei quali il sangue si incistica o mantenendosi in communicazione coll' arteria, e allora avressimo avuto un'aneurisma falso spontaneo: ma quest'evoluzione non essendo seguita non trattasi in questo caso d'aneurisma nel vero senso della parola, ma d'nn infarto emorragico gigante, d'un emorragica intermuscolare.

Passa infine a dar ragione di tutti i sintomi in conformità al trovato necroscopico. Bossi.

Storia relativa ad un nuovo caso di estrofia della vescica, curato colla formazione della mancante parete anteriore; del prof. cav. Giuseppe Ruggi. (*Estratto dal Giornale la Rivista Clinica*, 1876).

L'Autore nel desiderio di rendere più accreditata fra noi una operazione, che fu già consigliata e praticata da distinti chirurghi esteri e più specialmente nella dolce lusinga di rendere evidenti i vantaggi, che si possono avere dalla medesima, diede pubblicità ad un terzo caso di estrofia di vescica, curato pure felicemente coll'autoplastica della parete anteriore.

L'infermo era il giovine Conte G. S., affetto d'estrofia della vescica associata ad epispadia completa. Il tumore alla regione del pube ed ipogastrica, costituito dalla parete posteriore della vescica estroflessa ulcerata ed abrasa, misurava nel senso verticale circa 8 cent. e 6 nel trasverso e si continuava in basso coll'uretra: era dolorosissimo ai minimi toccamenti.

Cloroformizzato l'infermo, fece due lembi cutanei quadrilateri, che distaccò dalla regione iliaca e dalla corrispondente radice della coscia, quella di sinistra però invece di essere aderente per un intero lato, aveva un peduncolo ristretto corrispondente al suo angolo interno ed inferiore, che prendeva origine dalla radice destra dello scroto. Fermato il sangue, rovesciò il primo lembo sul tumore e lo coprì col secondo, che, girato nel ristretto peduncolo, potè collocarvisi sopra facilmente.

La superficie cutanea del primo lembo funzionava da mucosa, quella del secondo stava all'esterno. I lembi furono cuciti mediante sutura metallica. Le urine subito dopo l'operazione cominciarono a fluire fra il bordo inferiore della parete ed il pene epispadiaco e l'infermo lentamente avviossi alla guarigione, ritornando in patria 3 mesi dopo l'operazione completamente guarito, avendo cioè un ponte che difendeva la parete posteriore della vescica e permetteva l'applicazione di un apparecchio atto a raccogliere le urine.

L'Autore venne poi in seguito a sapere, che l'operato era infastidito dal crescere dei peli sulla superficie cutanea posta in contatto colla mucosa, epperò l'infermo li strappava da sè facilmente colla pinzetta. Tolto questo inconveniente, il conte G. era soddisfattissimo dell'operazione, chè mentre prima le gravi sofferenze ed incomodi rendevangli quasi insopportabile la vita, ora poteva accudire ai suoi affari, passeggiare, andar in vettura, vestirsi come gli piaceva senza risentire il benchè minimo fastidio.

L'Autore conclude:

Che nei casi di estrofia della vescica si deve sempre eseguire la formazione di una parete, che difenda la parete posteriore della vescica estroflessa dagli attriti, che può avere cogli agenti esteriori e serva a facilitare l'applicazione di un apparecchio destinato a raccogliere le orine;

Che tale operazione eminentemente razionale non deve annoverarsi fra quelle così dette d'elezione; ma fra le vere operazioni necessarie, indispensabilmente richieste dalle sofferenze dell'ammalato;

Che le altre operazioni destinate al complemento della cavità vescicale, consigliate da molti chirurghi esteri, non raggiungendo lo scopo a cui sono dirette, quale sarebbe la ritenzione delle urine, ed essendo per sorprappiù di molto danno all'infermo dopo la pubertà, non permettendo l'asportazione dei peli, che crescono dalla superficie cutanea posta contatto dell'antica parete vescicale, si debbono assolutamente bandire dalla pratica chirurgica.

Bossi.

Caso di dilatazione aneurismatica dell'arteria occipitale, trattate colla legatura della carotide primitiva; del prof. James R. Lane, chirurgo dell'Ospedale di S. Maria. (*Journal des Journaux*).

Un carpentiere di 37 anni, si lamentava d'un dolore con spiccata pulsazione alla regione mastoidea sinistra, dolore che faceva rimontare alla seguente origine: quattro mesi prima nel discendere da un omnibus cadeva, e batteva la testa contro il marciapiede, producendosi una leggera ferita alla regione parietale a quattro dita all'incirca dalla apofisi mastoidea. La ferita guariva; ma l'ammalato si doleva d'un rumore accompagnato da pulsazione all'orecchio sinistro; questi fenomeni anzichè diminuire andavano mano mano crescendo al punto che quattro mesi appresso uno stetoscopio applicato sull'apofisi mastoidea permetteva di sentir due soffi e talvolta anche un rumor musicale. Il rumore impediva il sonno. Non si vedeva alcun tumore; si sentiva una leggera pulsazione se applicavasi il dito sull'apofisi mastoidea; tanto la pressione su questo luogo, che la compressione della carotide primitiva, la sospendeva completamente. Fu deciso praticar la legatura di questa ultima arteria e fu fatta al disopra dell'omoplata-ioideo, il dì 12 novembre 1873. Tosto dopo i battiti cessavano e l'ammalato guariva perfettamente.

Veramente lo praticar la legatura della carotide primitiva per una *semplice dilatazione arteriosa* senza tumore apprezzabile, è a nostro avviso, una cura troppo ardita e non punto giustificata dall'esito felice; noi non vorremo certo ripetere un simile tentativo.

Ascesso alla regione temporale sinistra determinato dalla presenza d'una lama di coltello; del dott. E. Fredet. (*Union. Med.* 1876 N. 33).

Si tratta nientemeno che d'una lama di coltello, larga 6 cent., larga 17 millim., che fu estratta da un ascesso della regione temporale sinistra in un giovine di 25 anni, senza che nè l'ammalato nè il medico ne avessero sospettata la presenza. L'autore avanti di spaccare l'ascesso credeva d'aver a fare con un frammento d'osso necrosato.

L'ammalato pensandoci allora su, si risovenne che due mesi prima uscendo da una bettola, era stato colpito al capo, ma essendo notte, non avea potuto vedere l'agressore, nè l'arma che l'avea ferito.

Il frammento di coltello rotto, posto fra il cuoio capelluto e il cranio, percorse così un bel tratto di via senza determinar dolori vivi, finchè fermatosi alla regione temporale sinistra vi produsse l'ascesso. Pochi dì dopo l'apertura di questo e l'estrazione del corpo straniero l'ammalato era perfettamente guarito.

Epistassi frenata colla compressione delle arterie facciali; del dottor Beverley. (*Union Med.* N. 31).

L'autore menziona un caso, nel quale la compressione delle arterie facciali bastò ad arrestare un epistassi, che tutti gli astringenti non fecero cessare. Queste due arterie furono compresse con due tamponi di lino applicati sui mascellari nel punto, ove i due vasi si dirigono alle

ali del naso, mantenuti questi tamponi con un piccolo apparecchio elastico, che girava sotto l'orecchio e terminava sull'occipitale.

Della cura radicale delle varici superficiali; del dott. CAZIN. (*Union Med.* N. 28).

Ecco la descrizione di questo processo usato su un manuale affetto d'enorme varici ad una gamba con ulcere consecutive per modo da rendere il paziente inetto al lavoro e impossibile la vita.

Parallelamente alla vena safena interna, ad una distanza di 1[2 cent. l'Autore fece una incisione lunga 3 cent., interessante la pelle e una parte del tessuto cellulare; in alto e in basso di quest' incisione longitudinale condusse due altre incisioni trasversali, che terminassero alla vena, per modo da formare un lembo cutaneo rettangolare, che disseccò anch'esso sino alla vena: poi esercitando una certa trazione sul lembo senza ledere la vena che è aderente a questo per la sua parte esterna incominciò ad isolare il vaso col dorso d'un bistorino, poi coll'estremità smussa d'una sonda scannellata in modo da distaccarlo dal tessuto cellulare sottostante. Quando l' istrumento giunse al di là della vena, incominciò la stessa minuziosa dissezione fra il lembo cutaneo e la superficie superiore del vaso per modo che questo restasse del tutto isolato.

Finalmente legò la vena in basso, prima di distaccarla dal lembo. Continuando l' incisione trasversale di questo passando al disotto della vena isolata fino a 1[2 cent. al di là del lato opposto del vaso; unito il lembo con aghi da blefarofia con 3 o 4 fili d'argento il tutto ricopriva d'ovatta e teneva in sesto con un bendaggio un po' stretto.

Questo metodo è quello del dottor Bigaud modificato. BOSSI.

Cura delle cisti contenenti liquidi mucosi colle iniezioni di cloruro di zinco; del dott. ANGER. (*Union Med.* 1876 N. 3).

Credendo l'Autore, che il liquido albuminoso contenuto in queste cisti per essere riassorbite abbia bisogno di subire una specie di digestione paragonabile a quella, che si opera nello stomaco per azione del succo gastrico, scielse il cloruro di zinco in soluzione concentrata, iniettandovene solo due o tre goccie. In seguito a ciò si forma un precipitato, che non tarda a ridisciogliersi, e l' irritazione della cisti prodotta dal caustico produce un afflusso favorevole al riassorbimento di esso.

Anger riferisce quattro osservazioni, due di ranula e due di borse prerotulee, nelle quali bastò una sola iniezione perchè si ottenesse in cinque o sei giorni il riassorbimento totale del liquido e la guarigione degli infermi. Questo metodo di cura però ha l' inconveniente di essere molto doloroso; forse potrebbe essere modificato adoperando soluzioni meno concentrate.

Proiettile soggiornato per tre settimane nel ventricolo sinistro del cuore; del prof. TILLAUX. (*Union Med.* 1876 N. 3).

Si trattava di una ragazza, nella quale due colpi di revolver sparatile da mano avversaria, aveanle cacciate due palle nella cavità del petto. I proiettili avevano il diametro di 7 millimetri: la sgraziata moriva dopo

18 giorni ed all'autopsia se ne trovava uno sulla pleura diaframmatica a destra, ove aveva provocato un'ascesso del fegato; l'altro dopo avere perforato la parete toracica al livello uguale dell' altro, attraversava il polmone, penetrava nel pericardio e di là nel ventricolo sinistro del cuore attraversando la parete posteriore del viscere.

In onta a ciò il cuore funzionava per 18 giorni, senza indurre sospetto alcuno della lesione riportata alla ascoltazione e percussione, che diligentemente ad ogni giorno avevano praticata tanto Tillaux quanto Siredey. Durante l'autopsia poi non si fu che all'apertura del ventricolo sinistro, che si constatò la presenza del proiettile, che faceva risalto sulla parete interna nella quale era per così dire incassato. Una piccola linea raggiata quasi impercettibile si potè rilevare alla superficie esterna da cicatrice successa.

In questa circostanza Tillaux ricorda una osservazione analoga da lui comunicata alla Società di chirurgia or sono alcuni anni, di un calzolaio che visse tredici giorni con un'asta di ferro restatagli impiantata nella parete del cuore, in seguito ad un tentativo di suicidio. E noi richiameremo il non meno interessante caso pubblicato dal nostro dottor Biffi di quell' alienato, cioè, che visse più anni con un'ago soggiornante nel cuore.

Varietà singolare di frattura dell'estremità superiore dell'omero; del dott. Dentù. (*Union Méd.*.1876, N. 34).

L'autore espone una osservazione singolarissima di frattura dell'estremità superiore dell'omero.

Il soggetto era un giovane di 19 anni, che nel passato agosto cadde sulla parte esterna e un po' posteriore del moncone della spalla. Dentù che vidde l'ammalato il dì appresso dell'accidente, constatava le seguenti particolarità: spalla globosa; sollevamento del deltoide per grandissimo stravaso del sangue, debordante in alto l' acromion e la clavicola; alla parte posteriore della regione avea tale tensione, che l'esplorazione era appena possibile e non potevasi determinare la posizione della testa dell'omero, nè sapere se ella stesse nella cavità glenoidea.

In avanti sotto la clavicola si sentiva un tumore duro, profondo, mobile, quando s'imprimevano dei movimenti all'omero tenendo fisso il cubito. Ma il difficile era lo stabilire la precisa natura di questo tumore e determinare se trattavasi o della testa omerale o dell'estremità d'un frammento osseo, o meglio se s'avesse una lussazione o una frattura.

Nel dubbio, Dentù fece qualche tentativo di riduzione. Riflettendo poi all'insieme dei sintomi e notando un accorciamento di 2 centimetri nella lunghezza del membro fu condotto ad ammettere l'esistenza d'una frattura dell'estremità superiore dell'omero con singolare slogamento del frammento inferiore nello spessore delle fibre lacerate del deltoide.

Il signor Dentù prescrisse un trattamento antiflogistico allo scopo di prevenire gli accidenti infiammatorii, che parevano imminenti; in seguito l'esplorazione della parte essendosi fatta più facile, riconobbe che

l'omero era stato fratturato nella parte più alta della sua estremità superiore: che la salienza di durezza ossea notata sotto la clavicola era data dall'estremità superiore del frammento inferiore: che finalmente la frattura avea sua sede un po' al di sotto della tuberosità omerale.

Fissata così la diagnosi si incominciò ad esercitare delle trazioni sul frammento inferiore mediante bandelle di caoutchouc: essendo questo mezzo rimasto senza effetto, verso il 25.° giorno ricorse all'applicazione di macchine, che non furono più efficaci, sebbene esercitassero la trazione di 60 chilogrammi.

Allora il chirurgo credette bene rinunciare ad ogni nuovo tentativo di riduzione e abbandonar la frattura a sè stessa, pensando che la formazione d'una pseudoartrosi sarebbe la soluzione notevole delle difficoltà, che l'arto non avea potuto vincere. Qual non fu però la sua sorpresa, quando scorsi due mesi constatò che la consolidazione s'era effettuata e che s'avea la piena riunione dei due frammenti, probabilmente per l'intermezzo d'un callo fibroso?

Fra le considerazioni che l'autore espone intorno a questo interessante caso, richiama l'attenzione sul danno che ne può derivare, quando in simil contingenze si volessero fare tentativi troppo energici e prolungati di riduzione. Tale pratica gli sembra capace di provocare gli accidenti infiammatorii gravi. Bossi.

Dell'abuso delle injezioni ipodermiche di morfina; del dott. Gillet. (*Union méd.* 1876).

Il dott. Gillet, dopo aver riconosciuto quanto sia prezioso questo mezzo per combattere l'elemento dolore tanto nelle affezioni mediche che chirurgiche e d'aver lodato gli studii intrapresi da molti medici per delineare il valore reale terapeutico di quest'injezione, richiama l'attenzione sull'abuso, che in oggi se ne fa, dando luogo a sconcerti gravi tanto nel sito dell'injezione che generali. L'autore conforta questo suo pensiero con varii esempi.

Racconta il caso d'una donna che operata e sanata da Trelat d'una fistola anale, per combattere una nevralgia addominale molto ribelle faceva uso ripetuto di injezioni di sal di morfina sulle pareti addominali: i dolori calmarono: ma dopo qualche giorno si videro apparir sul ventre due piccoli nodi duri, grossi come una noce; erano due flemmoncini in corrispondenza dei punti, dove s'eran fatte le punture colla siringa del Pravaz.

Il medico Trelat aveva visto ripetersi l'istesso accidente in una signora affetta da nevralgia ischiatica: dopo molte injezioni di morfina apparvero sulle natiche e sulle coscie una quantità di piccoli tumori, che apertisi o aperti diedero luogo a scolo di pus sieroso: tutte le parti che furon punte, dopo cicatrizzate, avean la pelle come colpita da vajuolo confluente: facilmente questi indurimenti flemmonosi avevan per causa l'impurità del liquido impiegato, essendo rarissimo l'ascesso dietro l'injezione di morfina.

In un recente lavoro, continua il dott. Gillet, dell'*Allgemeine Wiener Medizinische Zeitung* citato dal *The Medical Press and circular* del 16 febbrajo 1876, fu pubblicato un nuovo esempio dimostrante in maniera ancor più lampante gli effetti disastrosi, che ponno esser il risultato dell'uso frequente e ripetuto delle injezioni di morfina ad alta dose.

L'ammalato, ch'era medico, era stato spinto a ricorrere giornalmente all'injezione sottocutanea di morfina per dar calma a dolori intensissimi e pertinaci, che eran residuati ad un attacco di periostite traumatica del perone. Cominciava nel giugno 1867 questa cura e per esser i dolori insoffribili e pel loro ripetersi a brevi intervalli dovette man mano aumentar la dose del sale al punto che alla fine dell' anno ne consumava 50 centigrammi al giorno.

Queste injezioni apportaron sommo vantaggio: dapprima i dolori diminuirono di forza e al secondo anno scomparvero affatto: furon invece rimpiazzati da estrema irritabilità e da un tremore dei muscoli massime degli arti inferiori: nei punti dove furon praticate le injezioni apparvero tanti piccoli ascessi e in seguito i dolori ricomparvero; l'ammalato fu obbligato a ripetere le injezioni e lentamente aumentò la dose fino a 2 grammi al giorno. Quando il prof. Veinlechner lo vide a malapena si poteva scorger un punto di pelle sana. Questo sgraziato era uno scheletro, la pelle era talmente raggrinzata e adesa alle ossa, che era impossibile trovar spazio sottocutaneo, perchè potesse starvi il liquido d'injezione.

Questa cura fu tosto abbandonata: si diede la morfina per bocca, si ricorse anche a qualche inalazione di cloroformio per dar riposo all'infermo. Si procurò con anestetici e con mezzi meccanici di estendere gli arti, ma senza alcun risultato; finalmente l'ioduro di potassio calmò i dolori spasmodici degli arti; il sonno e l' appetito riapparvero e col tempo anche le forze. Attualmente l' ammalato non lamenta se non la retrazione dei muscoli della coscia, che cura coll'estensione forzata.

Parla infine l' autore della così detta morfinomania (malattia causata dall'abuso delle injezioni di morfina). Questa forma analoga in certi punti alla dipsomania si manifesta con brividi di freddo, tremori e allucinazioni: quel che è curioso ad osservare si è che la morfinomania conduce alle stesse malattie per le quali s'usa la morfina: l'insonnia, le nevralgie, l'iperestesia, ecc. Il dott. Levinstein ha veduto in due casi seguire il marasmo e la morte. Per prevenire questi funesti accidenti il Levinstein consiglia al medico di far egli stesso sempre le injezioni, avendo notato che la morfinomania seguì sempre, quando il sale era a disposizione dell'infermo.

Bossi.

Sul trattamento delle cisti ateromatose profonde del collo; del professore Esmarch. (*Archiv für Klinische chirurgie*).

Questa memoria tratta della cura delle cisti ateromatose profonde del collo col metodo di Lugol, vale a dire colle injezioni jodiche; vi sono riportate quattro storie di malati perfettamente guariti in questo

modo, e così, a detta dell'Autore, raggiunge già il numero di dodici casi felici. Al contrario di quanto sostiene il dott. Roser, che la estirpazione di queste cisti sia una operazione lieve e non pericolosa, Esmarch la rigetta prima di tutto perchè ciò non è affatto vero, poi perchè, quando anche lo fosse, lascia una cicatrice molto visibile al collo, disgustosa in ispecie al sesso femminile, infine perchè l'injezione jodica è di molto superiore ad essa per la mancanza di tali pericoli.

Ecco come egli pratica; dapprima svuota il tumore con un trequarti da idrocele, poi con una soluzione al 1 0[0 di acido fenico fa numerose lavature, allo scopo di togliere il restante del liquido e nettare la cavità dei frammenti d'epitelio, ecc.; infine injetta la soluzione di Lugol, che poi fa uscire dopo alcuni minuti, avendo però cura con pressioni alterne che il liquido abbia toccato tutta la parete della cisti. La formola della soluzione di Lugol è la seguente:

Jodio puro
Joduro potassico per ognuno . . . . . Grammi 1,25
Acqua distillata . . . . » 30
Da adoperarsi tutta in una sola volta.

La reazione si manifesta simile a quella dell'idrocele dopo la puntura e l'injezione della tintura di jodio; il tumore diventa duro e dolente, s'infiamma alquanto, ma dopo alcuni giorni si riduce di volume, e quando dopo 6-8 settimane tutti i sintomi di reazione sono affatto scomparsi si ripete l'injezione, finchè alla fine tutta la ciste siasi ridotta ad un nocciuolo appena apprezzabile. La durata della guarigione nella maggior parte dei casi fu constatata anche dopo varî anni.

Le storie riportate sono le seguenti:

1.° Cisti ateromatosa dolente della grossezza di un pugno al lato destro del collo, datante da due anni e mezzo; collo svuotamento uscirono 300 grammi di materia puriforme giallognola — due injezioni jodate — il tumore a poco a poco si raggrinzò in modo che dopo un anno era scomparso del tutto.

2.° Cisti della grossezza di un uovo di gallina alla regione sottomascellare destra in un ragazzo di 5 anni, contenente un liquido brunastro per colesterina; gli si fecero due injezioni, ma il tumore che erasi indurito, ridivenne fluttuante e molle e crebbe ancora di volume; praticate altre due injezioni guarì perfettamente, e la guarigione sussiste dopo sei mesi.

3.° e 4.° Altre due cisti della grossezza di un uovo d'oca, ambedue al lato destro del collo, guarite pure la prima con una sola puntura, la seconda con due.

Osservazioni sull'anemia artificiale; del prof. Esmarch. Lette al IV° Congresso dei chirurghi tedeschi in Berlino. (*Archiv für Klin. chir.*). Traduzione dell'estratto.

Se io per la terza volta prendo la parola sullo stesso argomento,

prego di perdonarmi atteso il riflesso, che per la riescita di molte piccole e grandi operazioni è della massima importanza il maggior risparmio di sangue possibile e l'anemia del campo operativo; e qui riporterò altre osservazioni, che corroborano il mio asserto e dimostrano quali partiti se ne ponno ritrarre. Nel mio rapporto antecedente aveva raccontato la storia di una disarticolazione dell'omero, nella quale la legatura elastica aveva molto bene corrisposto; ora aggiungo le seguenti:

Un lavorante di 50 anni, si presentò in Clinica con un tumore nell'ascella destra, della grossezza della testa di un feto, che all'esame microscopico si giudicò un misso-sarcoma, aderente alla superficie anteriore della scapola, perchè ne seguiva tutti i movimenti, e comprimente i vasi e nervi del braccio, perchè tutto l'arto era edematoso, con trafitture dolorose, sensibilità cutanea quasi abolita, ed il polso alla radiale debolissimo.

Indubbiamente era necessaria l'amputazione di tutto l'arto, compresa la scapola, essendo impossibile operare altrimenti, così pure non c' era pensarvi a comprimere l'arteria colla benda elastica, e perfino la compressione della succlavia era affatto impossibile, stante la grande profondità della fossa sopraclavicolare cagionata dallo sviluppo enorme del tumore: pertanto dopo fasciato l'arto colle bende elastiche passai alla resezione della parte esterna della clavicola, legai la vena ed arteria succlavia, la prima con due lacci, disarticolai il braccio, e poscia demolii la porzione di scapola che era interessata nell'affezione. La larghissima piaga fu medicata con punti di sutura, tubi di drenaggio ecc., e dopo due mesi era cicatrizzata: inutile aggiungere che pochissima fu la perdita di sangue.

Un altro caso di disarticolazione del braccio è quello di un giovine di 18 anni per un grosso sarcoma alla parte alta dell' omero sinistro, sviluppatosi in seguito ad una contusione dell'osso e che produsse la frattura spontanea dello stesso; anche qui le difficoltà per ottenere l'anemia artificiale erano grandi per la profondità della cavità ascellare, che era di ostacolo alla compressione dell'arteria ascellare; per togliere dunque la salienza del muscolo gran pettorale aveva pensato di forarlo con un trequarti e per questo foro far passare la corda elastica, ma in seguito mi appligliai alla tenotomia sottocutanea dello stesso; se durante la operazione non si ebbe emorragia, si manifestò nel momento della medicazione; subito si rimise in posto il laccio, che la arrestò e si legarono di nuovo i vasi, ma il paziente cadde in una sincope, che nessun mezzo valeva a scongiurare, quando ispirato legai colle bende elastiche i due arti inferiori dal basso in su, e man mano che il sangue rifluiva in alto, il polso ritornava e il paziente rinvenne al fine completamente: dopo alcuni mesi la ferita era cicatrizzata.

Se facciamo alcune considerazioni su questo caso scorgiamo, che l'uso della legatura elastica in altri consimili non è affatto razionale, perchè la pressione si esercita sempre sul capo articolare, cioè precisamente

dove deve cadere il taglio. Io pertanto preferisco ancora la legatura preventiva della suclavia: inoltre aggiungo che anche altri colleghi, ed in ispecie il prof. Müller, usarono con vantaggio della legatura elastica delle estremità nelle sincopi da profuse emorragie durante le operazioni.

Altra applicazione dell'anemia artificiale è quella nelle operazioni sugli organi genitali maschili, che si ottiene gettando un laccio sul pene o sullo scroto, incrociando al sacro la corda; in questo modo si compiono quasi tutte le operazioni senza perdita di sangue; e qui ne riporto una notevole storia*:

Trattasi di un uomo piuttosto in età, semi-stupido, che da anni è ammalato per cancro epiteliale ai genitali, che si presentavano in questo modo: la maggior parte del pene e la faccia anteriore dello scroto erano tramutati in una ampia piaga, fetentissima, che colla massima facilità dava emorragie, cosichè il paziente era quasi anemico; l'urina sembrava sprizzare da uno stretto foro in mezzo alla piaga, le ghiandole inguinali d'ambedue i lati erano ingrossate e facevano corpo colla pelle. Confesso la verità, che quando non conosceva il mezzo di produrre l'anemia artificiale non avrei giammai operato un tal uomo, ma ora che siamo in possesso di questo prezioso mezzo non esitai; con una corda di cautchouch lunga, della grossezza di un dito mignolo, circondai due volte la radice del pene, che appena era lungo 1|4 di pollice, insieme allo scroto, incrociai i capi sul pube poi al di dietro del sacro ed allacciandoli ai lati del ventre, poi esportai col coltello tutta la parte malata del pene e dello scroto, compresi i testicoli; tutti i vasi erano legati mano mano che si scoprivano, compresi anche i cordoni spermatici, in modo che quando si tolse la legatura non si perdè che pochissimo sangue: in seguito estirpai rapidamente le ghiandole inguinali infarcite, assieme alla cute, e spaccando fino al perineo la porzione posteriore dello scroto che era sana, riversai i due lembi che ne risultarono sui due inguini allo scopo di coprire con una plastica le piaghe estese risultanti dall'esportazione delle ghiandole; l'uretra, che era sana, fu cucita all'angolo inferiore in mezzo al taglio mediano; la guarigione procedè senza accidenti, il mingere dalla parte del perineo si faceva senza grande difficoltà, ed i due lembi scrotali cicatrizzati davano una lontana idea dei genitali femminili: ma la gioja cagionata del buon esito di questa difficile operazione non doveva molto durare, perchè alla vigilia del ritorno in patria il paziente fu preso da violenta pleurite doppia, che in una settimana lo trasse a morte.

Nelle disarticolazioni e resezioni del cotile io preferisco la compressione dell'aorta, praticata attraverso il ventre, dopo di aver purgato gli intestini con catartici.

Finalmente anche sull'annodamento dei capi della corda di cautchouch ho delle osservazioni da fare; di solito io adopero la catena, che ho proposto nel mio primo apparecchio; ma qnando è necessario di sciogliere

e stringere con somma prestezza il nodo, allora mi servo di una piccola cannula di legno, il cui lume è eguale alla grossezza della corda semplice, e nella quale faccio entrare ambi i capi delle corde, tenendoli molto stirati, affinchè possono passare, e poi abbandonandoli a sè; in questo modo ottengo di togliere o di effettuare la strettura con molto risparmio di tempo. Sullo stesso principio adopero un apparecchio di Foulis di Glasgow, che consiste in due corte cannule di ottone assieme saldate, di cui una è fenestrata pel lungo; si fa penetrare la corda nella cannula chiusa e dopo che si effettuarono i voluti giri attorno all'arto si fissano i capi entro quella fenestrata.

Sul linfoma maligno e sul linfosarcoma con riguardo speciale al loro trattamento; del dott. A. Winiwater, (*Arch. f. Klin chir.* XVIII).

L'Autore designa secondo la scuola di Billroth per linfoma maligno quei tumori delle ghiandole linfatiche, che mostrano una pura iperplasia del tessuto ghiandolare con persistenza caratteristica degli elementi e loro successivo e talora acuto accrescimento: nella iperplasia sta la nota distintiva verso il sarcoma, che devesi ritenere nella categoria dei tumori ghiandolari eteroplastici; ma per lui assieme al Virchow ed al Langhans non si tratta invece che di un diverso stadio di sviluppo dello stesso processo, mettendo la forma molle nello stadio più recente, e quella dura, che ricorda i fibromi dell'utero, nei più antichi periodi della malattia. La eziologia del linfoma maligno è affatto oscura, però vi è più sottoposto il sesso maschile; si dice che alcune produzioni cutanee ed anche delle malattie oculari vi predispongono; nel maggior numero dei casi i soggetti sono sanguigni e per nulla affatto scrofolosi; l'età più propizia è dai 20-35 anni, ma alcune volte anche quella fra i 5-12.

Pel decorso ecco quello che si può dire: su di una qualche regione del collo si vedono improvvisamente comparire dei tumori duri, che di solito preferiscono le seguenti località: una in alto in vicinanza dell'angolo della mandibola, una mediana al davanti ed ai lati della laringe e della trachea, ed una inferiore al di sopra della clavicola; la cute che ricopre questi tumori, di solito è sana e mobile, tranne i casi di piccoli processi flogistici locali indotti dalle azioni irritanti di medicamenti usati. Di raro la malattia comincia alle ghiandole ascellari, o alle tonsille; ma in processo di tempo può anche propagarsi alle mediastiniche, bronchiali e mesenteriche; in questo caso gli ammalati hanno tosse molesta, asma, deperimento della nutrizione e cachessia, col seguito della diarrea, ascite, anasarca, ecc. Il linfoma maligno dà origine a metastasi nei visceri delle cavità splancniche; la metamorfosi regressiva è rarissima, solo nei nodi metastatici del fegato e del polmone subentra il processo suppurativo. Conheim diede a questa malattia il nome di pseudoleucemia perchè lo accrescimento dei globuli bianchi del sangue avviene solo negli ultimi tempi; a differenza della leucemia linfatica, nella quale è precoce.

La diagnosi è facilissima, solo in principio si può confondere coi tu-

mori linfatici benigni, ma la tendenza ad estendersi ne svela poi la natura.

Per la terapia, all'interno il chinino ed il carbonato di barite non ebbero alcun risultato; buoni ne diede la soluzione del Fowler, e Winiwarter, dopo riportate varie storie, la preconizza come il solo rimedio che possa vincere la malattia, crescendo la dose gradatamente fino a 40 goccie al giorno: Czerny preferisce le iniezioni sottocutanee. La medicina operativa non ha campo esteso, limitandosi a rimediare a degli accidenti secondari alla malattia delle ghiandole, come demolizione di tonsille, tracheotomie per dispnea ecc.

Un caso di ernia addominale intercostale; di O. Risel. (*Deut. zeit. für chir.* VI).

Al lato sinistro inferiore del torace di un uomo di 35 anni risiedono due tumori erniosi, le cui aperture sono situate nell'estremità sternale del 7° e 6° spazio intercostale, l'inferiore formato di omento, il superiore probabilmente da una porzione della parete anteriore dello stomaco; essi datavano da sette mesi, quando il paziente preso da un accesso suicida si fece una ferita alla località lunga 7 centimetri e profonda 2, dalla quale escì un pezzo d'omento, della grossezza di un pomo; la ferita però guarì senza alcuna complicazione. Le ferite penetranti del 6° e 7° spazio intercostale debbono trapassare lo spazio pleurico inferiore (spazio semilunare di Traube) ed il diaframma, e così dare origine solamente alle ernie diaframmatiche, perchè al momento della lesione l'aria che precipita nella pleura toglie la contiguità della ferità fra la parete toracica ed il diaframma. Soltanto nella anormale altezza del confine pleurico inferiore, o nelle obbliterazioni patologiche del sacco pleurico è facilitata la uscita degli intestini sotto la cute. La relativa rarità di queste condizioni spiega la rarità della ernia intercostale diaframmatica.

Rapporto sulla operosità della clinica universitaria di Halla nell'anno 1873; del prof. Volkmann.

Il numero totale dei malati trattati nella clinica di Halla fu di 3351, di cui 2799 alla policlinica, e 552 alla clinica; di essi 51 morirono (9,23 0[0). Premesso un lungo ragionamento sulla medicazione antisettica, e sul processo di guarigione delle ferite e delle grandi operazioni, finisce Volkmann col dire che riguardo alla questione dei batteri, crede, quantunque non si sia detto ancora l'ultima parola, che sieno dei corpi organici sospesi nell'aria, la cui entrata nelle ferite produce la suppurazione.

I. *Accidenti delle ferite e sifilide.* — 1) Risipola, 32 casi su 30 malati, di cui 6 morirono; (si fece uso di una soluzione concentrata di nitrato d'argento (1 : 8) spalmata sulla cute già stata lavata da una soluzione di soda per togliere qualunque traccia di grasso). 2) Piemia, si osservò 12 volte, di cui 3 furono portate dal di fuori, gli altri 9 casi si ebbero in clinica. 3) Setticemia, due volte nei malati policlinici, di malattia traumatica, quattro volte nei malati clinici in casi non traumatici.

4) Tetano, 1 caso in un'amputazione del femore al terzo superiore. Per la sifilide il trattamento fu localmente il più energico che si può istituire tanto che molte volte si potè tralasciare la cura generale.

II. *Malattie delle estremità.* — Numerosi furono i casi di fratture del femore che per la maggior parte guarirono con callo regolare avendo adoperato l'apparecchio a trazione col peso; in quelle complicate diede buoni risultati la fasciatura di Lister; la medicina conservativa pura, giacchè di 15 casi di arti conservati con fratture complicate nessuno morì; gli apparecchi gessati furono quelli adoperati. Si ebbero 152 casi di lesioni della mano e delle dita, e 20 dei piedi, di cui due morirono, malgrado si fosse usato il metodo antisettico. Contusioni delle articolazioni con stravaso di sangue nella capsula due volte (ginocchio), si praticò la puntura ed estrazione del sangue mediante uno schizzetto. Indi l'Autore si dilunga in un prolisso ragionamento sulla osteomielite spontanea, mostrando la tendenza alle infiammazioni degli organi interni, che le possono complicare; nelle granulazioni date dal midollo delle ossa nella spina ventosa dice che si rinvenne il tubercolo. Le carie articolari furono curate collo svuotamento delle ossa malate ed il drenaggio. I casi di igroma dei tendini colla presenza dei corpi risiformi furono sei. Alcune forme di contratture muscolari Volkman dice che sono dovute a cicatrici del tessuto muscolare, e si segnalano per la rigidità loro, e per la resistenza che oppongono al trattamento. Riguardo alle deviazioni angolose rachitiche si loda della osteoclasi, che però si eseguisce facilmente nei fanciulli inferiori ai 3 anni, giacchè alla fine del quarto l'osso è troppo duro, ed allora necessita la osteotomia; da ultimo riporta due casi di osteotomia subtrocanterica seguita da *molto buoni* risultati per forte flessione ed adduzione della coscia.

IV. *Malattie della faccia, del naso e della bocca.* — 21 casi di ozena, curati collo svuotamento della cavità nasale fatto con un cucchiaio che esportava tutte le granulazioni, la mucosa malata, e perfino dei pezzi di ossicini affetti, seguito da iniezioni detersive e caterettiche, e tamponamento con ovatta fenica.

V. *Malattie delle mammelle e del torace.* — Riguardo a queste prime dice che tengono il primo posto molti stati catarrali, infiammatori, ed iperplastici, che finiscono colla degenerazione del parenchima, ai quali bisogna aggiungere la gravidanza e l' allattamento; la via di inquinamento e di diffusione del carcinoma sono i linfatici ed il sangue; pertanto raccomanda nelle demolizioni di tali tumori di esportare tutto quanto è possibile sia al petto sia nell'ascella.

VII. *Malattie del dorso e della spina.* — Spondilite cervicale, si ponno stabilire due forme principali di questa affezione, che corrispondono al *caput obstipum* infiammato ed allo spondilartrocace degli antichi chirurghi, e che sono la flogosi delle articolazioni laterali per la prima, e per la seconda le alterazioni del corpo delle vertebre e delle cartilagini intervertebrali.

XI. *Malattie degli organi orinarî.* — Come più confacente metodo di litotomia negli uomini preconizza il taglio mediano di Allarton.

RIVISTA DI OSTETRICIA

del dott. A. GUELMI

Duncan Bulkley — *Erpete in gravidanza.*
Lawson Tait — *Ipertrofia della tiroidea in gravidanza.*
Brunton, Braxton Hicks, ecc. — *Cura della procidenza del cordone ombelicale mediante la posizione.*
Dohrn — *Arresto del polso nel bambino durante la sua estrazione per i piedi.*
John Parry — *Dell'uso della mano per correggere le presentazioni sfavorevoli del capo nel travaglio del parto.*
Osterloh Paul — *Dell'impiego dei bagni tiepidi nelle affezioni febbrili del puerperio.*
Vassily Suttugin — *Dei mezzi d'accertarsi della durata della gestazione colla misura del feto e dell'utero gravido nel secondo periodo della gravidanza.*
Barnes — *Delle indicazioni fornite dallo sfigmografo nello stato puerperale.*
Playfair — *Della trombosi puerperale.*
Lee — *Sulla febbre puerperale.*
Landau — *La febbre puerperale e la maternità.*
Hecker — *Dei parti nelle primipare attempate.*
Breiscky — *Del metodo d'espressione nella pratica dei parti.*
Copeman — *Cura dei vomiti ostinati delle gravide.*
Sinclair — *Dilatazione manuale della bocca dell'utero, onde promuovere il parto prematuro.*
Riga — *Malattie puerperali delle mammelle.*
Charles Milles — *Impiego dell'ossido di cerio nella patologia uterina.*
Donovan — *Uso dell'haschisch nelle emorragie consecutive al parto.*
Barrmann — *Uscita dal collo uterino di pezzi di scheletro fetale in una gravidanza uterina.*
Ruge — *Lesioni fetali nel parto per le natiche.*
William Goodell — *Sulla versione nei restringimenti del bacino.*
Vedeler — *Dei tubercoli di Montgomery quali segni di gravidanza.*
Thomas Mays — *Causa fisiologica della contrazione muscolare dell'utero gravido.*

Parry — *Gravidanza e parto nelle donne epilettiche.*

Weber — *Influenza delle diverse cure della sifilide sulla gravidanza delle donne sifilitiche.*

Osterloh — *Uso della tintura d'eucalyptus globulus nelle affezioni puerperali.*

Dawis — *Cura della placenta previa.*

H. Madge — *Note sulla febbre puerperale seguite da qualche rimarco sulla statistica delle puerpere.*

Cullingworth — *Retroversione dell'utero gravido — ritenzione d'orina — aborto.*

Id. — *Retroversione d' utero gravido — ritenzione d' orina — edema delle gambe — albuminuria — gravidanza non interrotta.*

Erpete in gravidanza; pel dott. L. Dunkan Bulkleij. (*American journ. of obst.* pag. 580, fevr. 1874).

La letteratura non contiene che otto osservazioni d'erpeti della gravidanza. L'Autore ne osservò uno nuovo.

In una donna di 32 anni, due mesi avanti il termine apparve un eruzione che, partendo dalle estremità, guadagnava tutto il corpo salvo la testa. Essa consisteva in vescicole di 1[2 ad 1 centim. di diametro.

Prurito, bruciore, prostrazione. Il tutto disparve in 1 o 2 giorni dopo il parto. L'eruzione riappare però sul petto, e s' accompagna a dolori nevralgici. D'un tempo all'altro eruzione d'orticaria. Due mesi e mezzo più tardi, nuova gravidanza. L'Autore vede l'ammalata nel 1873, a 6 mesi di gestazione: le sue estremità sono da 25 giorni la sede d'un affezione cutanea: più tardi di papule e vescicole accompagnate da dolori reumatici, che appariscono qua e là sul corpo. Si diagnostica un erpete. Tutto dispare rapidamente col parto. Il feto era in buon stato.

I seguenti fatti sono anteriori:

1.° Gibert (1840) cita un caso di pemfigo negli ultimi tempi di gravidanza.

2.° Chaussit (1852) cita un fatto di pemfigo pruriginoso che appariva in una giovine di 23 anni al 5° mese di sua gravidanza. L'affezione s'accrebbe fino all'undecimo giorno e scomparve il ventesimosecondo. Più tardi nuova eruzione di papule con prurito.

3.° Hardy (1862) racconta un fatto di pemfigo pruriginoso in una donna incinta per la seconda volta. In una seconda gravidanza questa donna è attaccata dalla suddetta affezione cutanea dalla 3ª o 4ª settimana fino al parto. Le bolle hanno il volume d'una nocciuola, esse scompajono dopo il parto.

4.° Wilson (1867) cita due casi analoghi, che chiama erpete circinnato bolloso. Nel primo l'affezione cutanea fu il primo segno della gravidanza, e ricomparve in cinque gravidanze successive. Nel secondo apparve alla quarta soltanto per accompagnare le 4 successive.

5.º Milton dà all'affezione il nome di erpete della gestazione. Nella sua ammalata l'eruzione apparve alla prima, alla quinta ed all' ottava gravidanza. Essa comincia al 4° mese, guadagna in 8 giorni tutto il corpo salvo la testa ed il dorso, è assai infiacchita al termine di 24 giorni, persiste sino al parto.

6.° Klein (1867) ebbe caso simile, bolle di pemfigo coprenti tutto il corpo alla 5ª settimana.

7.° Hebra (1872). Per tre settimane l'affezione che nomina pemfigo appare al quinto mese per prolungarsi due mesi dopo il parto. Dal terzo parto diviene cronica.

L'ammalata guarì coi bagni di Vaslaw: l' eruzione riprende ancora a tre altre gravidanze, ma scompare dopo il parto.

Nei 9 casi precedenti l'affezione presentò i caratteri seguenti: eruzione di papule, vescicole o bolle di varia grossezza, da quella d' una vescicola d'erpete, fino a quella d'un uovo di pollo, comparendo nella gravidanza e svanendo dopo il parto. Le vescicole non seguono il tragitto dei nervi; non coesiste febbre; ma l' insonnia causata dal prurito, e la sens azione di bruciore portano prostrazione. Delle nevralgie, accessi d'orticaria, eritemi appariscono negli intervalli. Il trattamento non agisce. I fanciulli, a parte due casi di nati morti, nascono sani e senza affezione della pelle.

Relativamente alla patogenia di questa eruzione, l'Autore crede poter riunire le affezioni cutanee e nervose, sì comuni nella gravidanza, come si fece per l'eritema e l' erpete zooster. I nervi uterini sono più grossi, l' irritazione è pure più considerevole. Di là il prurito dei genitali, poi la paralisi dei nervi vaso-motori e come conseguenza l' orticaria, l' eczema, l'erpete, il pemfigo. L'erpete della gestazione sarebbe dunque d'origine nervoso.

Enlargement of the thijroid bodij in Pregnancy. *Ipertrofia del corpo tiroide nella gestazione*; pel dott. Lawson Tait. (*Edimb. med. journ.* Mai, 1875).

Questa Memoria è la conferma dei rimarchi fatti da Guillot e da Ollivier circ a lo sviluppo del gozzo in gravidanza.

L'Autore riferisce 12 osservazioni, in cui questa coincidenza ha colpito. In tutte queste donne il corpo tiroide cominciò a svilupparsi all'occasione d'una prima gravidanza: dopo il parto ritornò alle dimensioni primitive. Una seconda gravidanza ricondusse l' ipertrofia, che ancora scomparve: poi sopravenne una terza, una quarta gravidanza, ed allora il gozzo da temporario che era, divenne permanente e definitivo. Nella maggior parte di questi ammalati è da notarsi, come esistesse una tendenza alle emorragie e particolarmente alle metrorragie. Le gravidanze s'accompagnavano in esse egualmente da malessere più pronunciato, che allo stato fisiologico.

L'Autore ebbe l'occasione di fare l'esame istologico d'uno di questi gozzi. All'occhio nudo la ghiandola presentava tutto l'aspetto normale;

non esisteva cisti, o porzione rammollita, nè emorragie interstiziale. Il microscopio fece vedere (indurimento nell'acido cromico e alcool metilico 2 per 0[0) un aumento della trama fibrosa, che era assai ipertrofizzata. Dai vasi partivano una serie di tramezzi congiuntivali voluminosi, che delimitavano gli alveoli. Fu impossibile scoprire fibre muscolari in questi siparii fibrosi; gli alveoli erano ripieni di grasso e d'elementi epiteliali, che sembravano d'antica data, ed aveano già subito le modificazioni regressive. Sopra un altro taglio, colorato coll'ematossilina, si vedevano al contrario i follicoli aumentati di volume, e contenenti sostanza colloide nel loro interno. Si trattava insomma d'un ipertrofia fina e semplice degli elementi ghiandolari.

On the postural treatment of Prolapsus of the funis umbilicalis. *Della cura della procedenza del cordone ombelicale mediante la posizione;* per John Brunton, Braxton Hicks e Patrik Jamieson. (*The obstetr. journ.* N. 25-26, 1875).

Il modo di cura di cui trattasi non è assolutamente nuovo, però fin qui la posizione, in cui si poneva la donna, non era considerata che quale circostanza coadiuvante, mentre che Burton ne fa la parte essenziale del trattamento.

Dopo avere indicato il metodo di Hardy e Clintock, che ponevano la paziente dalla parte opposta a quella ove si trovava il cordone prolassato, e lo riponevano colla mano, l'Autore cita il dott. Thomas di Nuova-York, come avente pel primo nel 1858 data la descrizione del metodo più favorevole. Egli fa mettere la donna sulle ginocchia, e sui cubiti, la testa poggiando sopra un cuscino, introduce la mano nella vagina, riduce il cordone, e lo mantiene ridotto fino a che si producono una o più contrazioni. I vantaggi di questo metodo sono che si può trarre partito: 1. Dalla natura scivolante del cordone: 2. dall'azione del peso: 3. dal modo particolare con cui si contrae l'utero, cominciando dal segmento inferiore, e finendo pel fondo, dimodochè il cordone è in qualche modo aspirato dall'azione dell'utero.

L'Autore riferisce dieci osservazioni, nelle quali questo trattamento si mostrò il più favorevole possibile. Esso è controindicato nelle donne grasse, vigorose, d'aspetto apoplettico. In tali casi sarebbe prudente sciogliere di preferenza la posizione adottata da Hardy e Clintock.

Braxton Hicks descrisse un processo, che denominò versione esterna ed interna combinata, e che si pratica così: la paziente coricata sul lato sinistro, una mano è posta sull'addome, e l'altra introdotta nella vagina. Il cordone è respinto nell'orificio, poi al lato della testa, quindi dietro di essa. La mano sinistra deve seguire, fino che è possibile, la testa durante tale manipolazione, ed allorquando il cordone e respinto, essa deve premere la testa sull'orificio uterino, e continuare tale pressione durante due o tre dolori. La mano destra viene ritirata poco a poco, avendo cura d'assicurarsi che il cordone non è prolassato.

Patrik Jamieson riferisce due osservazioni favorevoli al metodo di

Brunton. Non è poi inutile il marcare che in tutti i casi trattavasi di presentazione della sommità.

Procidenza del cordone; pel dott. J. Engelmann. (*Amer. journ. of obst.* pag. 540, febr., e 246, agosto 1874).

L'Autore studia la proporzione relativa di questo accidente nelle primipare e nelle pluripare. Sopra 5900 casi questo rapporto è da 1 ad 1,4; facendo astrazione dai casi di strettezza di bacino, la proporzione delle multipare aumenta considerevolmente. Nelle primipare, l'accidente ha per causa principale la ristrettezza del bacino: nelle altre le cause sono numerose e varie.

La sede della procidenza non è costante che nella presentazione della sommità: la testa riempiendo uno dei diametri obliqui del bacino, il cordone passa per le estremità dell'altro diametro libero. L'Autore non conosce sopra 36 casi, che 3 eccezioni a questa legge. La procidenza ha luogo raramente dietro la sinfisi, ed in questo caso non offre meno danno.

La autossia dei fanciulli morti offre nulla di caratteristico: un iperemia venosa degli organi, delle ecchimosi, degli stravasi sanguigni nel cervello, sotto il periostio delle ossa del cranio, in 6 casi un edema dello scroto, del cordone, della vena porta, e dei polmoni, ecco le principali lesioni.

La diagnosi è facile. Quanto alla prognosi i risultati dell'Autore concordano con quelli di madama Lachapelle e di M. Boivin. Sopra 202 presentazioni della testa, 76 successi, cioè 36,7 per 0[0. Detraendo 22 craniotomie ed i fatti in cui il medico ha riconosciuto un feto di già morto, resta, sopra 111 casi, una proporzione di successo di 65 per 0[0. Sopra 6 presentazioni della faccia 4 successi. Sopra 10 presentazioni delle natiche 4 successi. Sopra 69 presentazioni dei piedi 49 successi, o 71 per 0[0: Sulle presentazioni del tronco e della spalla 50 per 0[0. Per le madri 34 per 0[0 erano primipare, 50 per 0[0 multipare. Fra le primipare vi aveano 68 per 0[0 di bacini ristretti. Fra le multipare 56 per 0[0. La vita delle madri non corse danno alcuno.

Per la cura l'Autore consiglia di far prendere all'ammalata una posizione razionale, cioè di porla sul lato opposto alla natica della procidenza: ma essa è piuttosto un mezzo ausiliario che un metodo speciale.

L'Autore rigetta affatto la riposizione del cordone. Sopra 11 casi si ottennero alla clinica con questo mezzo 4 successi, alla policlinica il risultato fu migliore. Insomma la vita del feto è salvata in 50 per 0[0 dei casi, ed in 40 per 0[0 soltanto quando si pratica la riposizione del cordone. Questa pratica non devesi tentare che nei casi favorevoli, in cui il bacino è ampio e le pulsazioni del cordone sono normali. Quelli che la raccomandano, come Michaelis, si fondono sopra alcune osservazioni. Se il collo è dilatabile, bisogna praticare la versione: se è ancora troppo ristretto la riposizione è superflua; si metterà la donna in una posizione

razionale, conservandosi la borsa delle acque quanto più sarà possibile, il cordone riascende allora vicino alla testa.

L'Autore si estende poco sulla tecnica. Egli insiste sull'ascoltazione, che può far riconoscere la compressione del cordone in un punto del bacino, che il dito non può raggiungere. In tal caso la posizione razionale è ancora l'ultima. Raccomanda il cloroformio nell'operazione. Quest'operazione è la versione: l'Autore la consiglia tanto nella presentazione della sommità che in quella del tronco. Nell'ultima ebbe il 76 per 0[0 di successo; nella prima il 70 per 0[0. Hohl afferma che nella procidenza del cordone non fu estratto vivo un bambino; egli non opera la versione che a borsa conservata. Ora l'Autore rimarca con giustezza, che ben di rado si presenta questa circostanza.

Insomma fondandosi sopra una statistica di 365 casi, l'Autore conclude che la cura la più seria è la posizione razionale, appena che il collo è dilatato la versione.

Ueber Pulslosigkeih des Kindes wähareud der Extraction au den Fussen. *Dell'arresto del polso nel bambino durante l'estrazione per i piedi;* per DOHRN. (*Arch. für Gynekol*, H. 3, B. VI. 1874).

La maggior parte degli ostetrici credono alla morte del feto allorquando, nell'estrazione pei piedi, il polso cessa; in simil caso sembra naturale l'abbandono del parto alla natura, onde ledere il meno possibile le parti molli della madre.

Due fatti osservati dall'Autore lo misero in guardia contro questo errore. Si tratta di due casi di ristrettezza di bacino, nei quali durante l'estrazione pei piedi il polso s'era arrestato, mentre che la testa attraversava l'escavazione, ricominciò a battere dopo qualche minuto.

Si tratta più di arresto del cuore dovuta a compressione cerebrale, e ad irritazione del pneumo-gastrico. Infatti nella asfissia i fanciulli ritornano più difficilmente alla vita, che nei due casi precitati: di più la cessazione brusca e rapida dei fenomeni vitali, il ristabilimento della respirazione avanti anco la ricomparsa dei rumori cardiaci, contribuiscono egualmente ad allontanare l'idea d'una asfissia dei neonati.

Di già Frankenkauser avea rimarcato che la compressione della testa rallentava il polso fetale: d'altra parte, Leyden e Schwartz ammettono che la compressione del cranio può parimenti produrre l'arresto completo del cuore, e che i battiti ritornano rapidamente allorquando cessa la compressione cerebrale.

L'Autore ammette adunque che l'arresto del polso è causato, nei fatti da lui osservati, dalla compressione del cranio fetale, disceso nel bacino ristretto: egli ne conclude, che non bisogna disperare, in parecchi casi, della vita del feto, e tentare per conseguenza di terminare il parto.

The use of the Hand to correct unfavorable Presentations of the Head during Labour. *Impiego della mano per corregere le presentazioni sfavorevoli del capo nel travaglio del parto ;* per John Parry. (*American Journ. of. Obst.* Mai 1875).

La manovra, di cui si tratta, è applicabile nei seguenti casi:

1.° Testa particolarmente inclinata (in tutte le sue presentazioni).

2.° Posizione occipito-superiore della faccia (da trasformarsi in occipito-anteriore).

3.° Posizione mento-posteriore della faccia (da trasformarsi in occipito-anteriore della sommità).

Quest'ultimo caso è uno dei più gravi della pratica: nel secondo il travaglio è lungo, penoso e dannoso in causa della distanza, che deve percorrere per terminare la sua rotazione; nella prima l' inclinazione parziale della testa può essere la sorgente di serii accidenti.

L'ostetrico deve essere, innanzi tutto, assolutamente certo della sua diagnosi, e non deve temere di confermarla coll'esplorazione della mano intieramente introdotta in vagina: la donna deve essere per conseguenza anestesiata.

L'ostetrico si pone a destra della paziente, ed il retto e la vescica essendo vuotati, introduce la sua mano destra ben unta nella cavità pelvica: il dorso nella curva del sacro, ed il pollice dietro la sinfisi pubica. La mano sinistra è applicata sul fondo dell' utero per sostenere quest'organo. Ciò fatto, il primo tempo consiste nel prendere la testa, che si trova applicata sulla palma della mano, e sollevarla fino al disopra del distretto superiore. Il secondo tempo varia colla presentazione, e la posizione. Nel primo e terzo caso (testa inclinata in parte, posizione mento-posteriore della faccia), non si tratta che di flettere più o meno fortemente la testa. Nel secondo caso (posizione occipito-posteriore della sommità) la manovra è più difficile. La testa è presa e sollevata dalla mano destra. La mano sinistra abbandona il fondo dell'utero, ed aiuta la rotazione per manipolazioni esterne, che consistono nel respingere la spalla, che si trova in avanti verso la parte opposta della cavità uterina. Durante questo tempo la testa è rigorosamente ricondotta in avanti.

Se in seguito di questa manovra le contrazioni uterine appariscono forti, e regolari, si abbandona l'espulsione alla natura. Se al contrario esse hanno cessato, si applica il forcipe per un' estrazione, che sarà sempre facile nelle nuove condizioni, ove si trova posta la testa. Quest'applicazione è facilitata per la posizione della donna. Bisogna aver cura di non estrarre la mano destra dalla vagina, prima che sia applicata l'una delle branche dello strumento. Bisogna di più che la branca, una volta introdotta, sia tenuta da un abile aiutante, poichè essa deve servire a premere la testa del feto, contro una delle pareti del bacino, per impedirle di riprendere la sua posizione primitiva. La seconda branca essendo fissa, l'ostetrico s'assicurerà che la testa ha conservato la posizione, che gli ha impresso, avanti darsi a sforzi d'estrazione.

Si vede che si tratta d'una manovra assai complicata, d'una vera operazione, ove le cucchiaja del forcipe sono rimpiazzate dalle dita dell'ostetrico. L'Autore raccomanda il suo processo, e fra i casi riusciti ne cita quattro. L'osservazione III[a] è intitolata: « Presentazione della faccia. Mento indietro ed a destra. Impossibilità di produrre la rotazione, o di estrarre il feto (gli sforzi a questo scopo furono continuati per un'ora). Introduzione della mano, elevazione, e flessione della testa secondo il processo indicato. »

Estrazione d'un feto vivo pel forcipe al termine di qualche minuto.

Nessun accidente da parte della madre: il feto sopravisse.

L'Autore fa rimarcare terminando che l'elevazione della testa, che sembra estremamente difficile, è delle più facili allorquando la donna è completamente anestesiata.

Die Amvendung lauer Bäder bei fieberhaften Wochenbettkrankheiten. *Dell'impiego dei bagni tiepidi nelle affezioni febbrili puerperali*; pel dott. Paul Osterloh. (*Deutsche Zeitschr. f. prokt. med.* 1875).

L'Autore riassume le sue esperienze sugli effetti dei bagni tiepidi, raccomandati di già da Schröder, nelle seguenti proposizioni: 1. Questi bagni sono inoffensivi per le recenti puerpere: 2. Costituiscono un calmante eccelente, procurando un sonno facile e combattendo la cefalalgia: 3. fanno abbassare nella maggior parte la temperatura, e possono per conseguenza impiegarsi nelle puerpere, come tutti gli agenti antifebbrili.

La temperatura dell'acqua impiegata era da 23° a 26° R. In molti casi si fecero inoltre affusioni di acqua ad 8° o 10° R. Al termine di 15 minuti l'ammalata veniva ritirata dal bagno, ed inviluppata in una copertura per mezz'ora. Il numero dei bagni varia secondo il bisogno. Il primo giorno dopo il parto tre donne soltanto presero un bagno: il terzo giorno ne presero 36. Il primo giorno l'affezione puerperale non è quasi mai così nettamente accusata, perchè sia indicato un bagno. In media gli ammalati presero un bagno per giorno: in un solo caso 4 bagni furono prescritti quotidianamente.

L'Autore divide le affezioni, che richiedono i bagni, in infeziose e non infeziose. Nella prima classe colloca le malattie, in cui l'infezione si produrrebbe per assorbimento dai linfatici, sia la difterite vulvare, vaginale, ed uterina, la linfangioite del tessuto cellulare perivaginale e delle pareti uterine, la perimetrite, la peritonite, e la pleurite. Alla stessa classe appartengono le affezioni piemiche, le resipole dalla stessa causa, infine la mania puerperale legata ad una perimetrite infeziosa. Nella categoria delle malattie non infeziose egli colloca tutti i traumatismi della vulva e della vagina seguiti da flemmone, 2 casi di febbre tifoidea, e 7 di mammite purulenta. L'Autore insiste sull'influenza benefica dei bagni sui sintomi encefalici: l'indicazione capitale è l'abbassamento di temperatura. I bagni furono dati talora dopo il chinino o la digitale, qualche volta come ausiliario del primo. Sopra 508 si vidde 468 volte un'abbassamento della colonna termometrica.

Le osservazioni col termometro si fecero 1[2 ora dopo il bagno. L'Autore cita un caso d'ulcera difterica puerperale, e di endometrite con principio di peritonite, nel quale 3 giorni dopo l'impiego di bagni tiepidi e di affusioni fredde, la temperatura discese a 37,°2 ed ascese poco nei dì seguenti. Sopra 508, solo 48 volte 1[2 ora dopo il bagno non si constatò abbassamento di temperatura. Ma questa finì per abbassarsi un po' più tardi, o solamente dopo i bagni seguenti; in 10 casi la morte sopravenne poco tempo dopo il bagno, ciò che non permise alla temperatura d'abbassarsi.

Il polso al principio o verso la fine del bagno perdè da 12 a 36 pulsazioni. La temperatura però non corrispose sempre alla discesa del polso: così in 1 caso la temperatura restò a 40°, ed il polso discese a 90. In un solo caso polso e temperatura s'elevarono. Infine sopra 184 donne malate, 150 guarirono; 3 si trasportarono; 23 morirono. Dal luglio 1874, in cui si cominciarono i bagni, fra 600 a 700 puerpere non una morì di febbre puerperale nella maternità di Dresda.

On the means of ascertening the length of gestation by mesurements, of the foetus, and gravid Uterus during the second period of pregnoncy. *Dei mezzi di accertarsi della durata della gestazione mediante la misura del feto e dell'utero gravido nel secondo periodo della gravidanza*; pel dott. VASSILY SUTTUGIN. (*Edimburgh med. Journ.* Avril 1875).

I mezzi d'apprezzare la data della gestazione dall'altezza del fondo dell'utero, sono pressochè tutti difettosi in causa delle variazioni di posizione che presenta l'ombelico nelle donne. La determinazione dell'altezza dell'utero a partire dalla sinfisi del pube può trarre in inganno per le differenze di nutrizione delle pareti addominali, e delle varietà di curva dell'utero.

Ahlfeld cercò dedurre dalle dimensioni del feto la durata della gravidanza. Ma qui ancora le opinioni sono divise.

Elsaesser è arrivato colle statistiche alla paradossale conclusione, che i fanciulli nati dopo una gravidanza breve sono più lunghi, che quelli nati dopo un tempo più considerevole. Questo primo punto fu rettificato dalle ricerche dell'Autore. Egli arriva infatti a questa conclusione più razionale, che l'accrescimento del feto è proporzionale alla durata della gestazione; così le sue tavole mostrano per una gestazione di 34 settimane, una lunghezza di 49 centimetri: per una gestazione di 32 settimane, una lunghezza di 43 centimetri.

Parimenti una serie di tavole comparative mostrano che vi ha una relazione costante fra lunghezza del feto, il suo peso, le dimensioni della sua testa: così per un feto di 55 centimetri il diametro bi-pariatale massimo è di 10 centimetri e 8, mentre che per un feto di 41 centimetri, esso non è che di 8 centimetri. Queste statistiche riproducono i risultati di Hecker, Schroeder, Ahlfeld, e quelli dell'Autore.

Resta ora a provare come si può determinare avanti la nascita la lunghezza del feto contenuto nell'utero. Ahlfeld è arrivato a porre come

legge, che la lunghezza del feto nell' utero è esattamente la metà di quella che presenta fuori del ventre della madre.

Non si ha dunque che a misurare esattamente col pelvimetro di Baudeloque la distanza, che separa il collo uterino dal fondo dell'utero (per la parete addominale, e la vagina) onde apprezzare assai approssimativamente le dimensioni del feto. D' altra parte si conosce la lunghezza del feto nelle diverse epoche di gravidanza: da queste dimensioni si può dedurre la data della gravidanza.

Le osservazioni di Suttugin l'hanno condotto alle seguenti conclusioni:

1. Si può nella maggioranza dei casi determinare la lunghezza del feto avanti la nascita.

2. La lunghezza del feto fissa la data della durata della gravidanza.

3. Essa indica in modo assai approssimativo le dimensioni della testa.

4. Le osservazioni di Pfanukuch sono esatte in riguardo allo sviluppo del feto. Nelle 34 prime settimane della vita intra-uterina, il feto cresce d'un centimetro in settimana; al di là 1[2 centimetro soltanto.

Dal punto di vista della determinazione esatta delle dimensioni dell'utero, e dal punto in cui è arrivato il fondo dell'organo, l'Autore impiega il processo seguente: egli prende per punto di partenza il bordo superiore della sinfisi pubica, poi misura col pelvimetro la distanza dall'appendice xifoide. Ciò fatto senza smuovere la branca pubica del pelvimetro, porta l'altra branca sino al fondo dell'utero, e misura ancora questa distanza.

L'Autore trae da queste misure le seguenti conclusioni:

1. L'altezza del fondo dell'utero al disopra del pube è un buon segno dell'epoca della gravidanza tutte le volte che la presentazione è normale, od obliqua reducibile.

2. Nelle presentazioni trasversali od oblique non riducicili l' altezza dell'utero non indica più il periodo della gravidanza.

Bisogna allora ricercare la lunghezza del feto col metodo di Ahlfeld, ciò che permette di calcolare l'altezza corrispondente del fondo dell' utero.

The indications afforded bij the sphygmograph in the puerperal state. *Delle indicazioni fornite dallo sfigmografo nel puerperio*; pel professore J. Barnes. (*Transact. of the obstetrical Society of London*, 1875).

L'uso dello sfigmografo nello stato puerperale può far prevedere in tempo opportuno un albuminuria imminente, ed il suo effetto abituale nelle puerpere, l'eclampsia; tale stromento avrebbe adunque in questa condizione una utilità sconosciuta fino al presente, ed un valore reale, poichè grazie ad esso si sarebbe in misura d' istituire a tempo un trattamento proprio a scongiurare il pericolo, e capace d' impedire la comparsa di queste due complicazioni della gravidanza. Ecco le conclusioni di Barnes, ai cui risultati sono aggiunte numerose tracce sfigmografiche. Egli stabilisce da principio che la forte tensione arteriosa, dimostrata

da Mahomed negli ultimi periodi della gravidanza, è rimarchevole sopratutto nelle primipare, e dipende da cause, che costituiscono una predisposizione all'albuminuria, ed all'eclampsia. Così bisogna diffidare di questi due accidenti. Questa forte tensione non tarda a scomparire quando le conseguenze puerperali sono favorevoli, come si può constatarlo al secondo, o terzo giorno nella traccia sfigmografica, che corrisponde alla febbre del latte. Questa traccia è delle più caratteristiche. Essa indica un polso pieno molle, un po' dicroto, che dà 120 pulsazioni per minuto, dovuto semplicemente all'eccitamento vascolare per la secrezione del latte. Sarebbe analogo, secondo l'Autore, a quella che si ottiene in un uomo allo stato d'ubbriachezza.

Da questo punto il polso ritorna al normale, come la temperatura elevata a 103, 104, F. (39°, 4 a 40° C.). Se persiste indica qualche circostanza sfavorevole, che può predisporre all'albuminuria, come un freddo subitaneo, che determinò una tensione esagerata nei reni, della stitichezza, qualche avvelenamento del sangue; a meno però che questa forte tensione arteriosa non possa essere attribuita alla sovraeccitazione nervosa, che da sè sola basta a determinarla, come l'Autore osservò una volta in seguito d'un parto col forcipe, e col cloroformio. Ma in questi casi è assai transitoria.

Sarà dunque indicato, allorquando vi avrà tendenza, dopo la febbre del latte, ad una forte tensione arteriosa ed alla diminuzione del dicrotismo, di ricorrere ad una medicazione suscettibile di prevenire l'albuminuria: cioè i purgativi, i diuretici, e qualche volta il salasso.

On puerperal Trombosis. *Sulla trombosi puerperale*; di Playfair. (*Transach. id. id.* 1875, pag. 42).

In questo lavoro l'Autore ebbe in vista di esporre quanto si conosceva dei sintomi e della patologia delle coagulazioni sanguigne, che si formano spontaneamente nel cuor destro e nelle arterie puerperali durante lo stato puerperale.

Necessita da principio stabilire una distinzione fra trombosi polmonale spontanea, che è soggetto del lavoro dell'Autore, e l'embolia polmonale. Quest'ultima è una lesione consecutiva, un accidente per così dire della trombosi periferica, mentre che la prima è un affezione primitiva, analoga alla flegmasia dolens, di cui la patologia fu delle più studiate. L'Autore insiste su questa analogia basata sulla stessa patogenia e la stessa lesione essenziale, cioè la presenza nei vasi d'un coagulo sviluppato spontaneamente nel decorso e sotto l'influenza dello stato puerperale, facendo rimarcare come debba probabilmente esistere qualche cosa di più dell'infiammazione per spiegare l'edema particolare, teso e lucente, che caratterizza questa malattia, sia un ostruzione dei vasi linfatici, come lo dissero Tilbury Fox ed altri, sia un'altra lesione da trovarsi ancora.

Dopo avere richiamato che è solo in questi ultimi anni che l'ostruzione del cuor destro e delle arterie polmonali fu riconosciuta come la

causa della maggior parte di quelle morti subitanee, che colpiscono qualche volta dopo il parto: dopo avere passato in rivista le diverse condizioni, che giusta le ricerche di Virchow, di Ball, Humphry, Richardson ed altri favoriscono la coagulazione del sangue durante la vita, e fatto osservare che lo stato puerperale le presenta quasi tutte, e spesso combinate insieme, l'Autore dà principio rifiutando l'opinione di Virchow e di coloro che avanzano che la coagulazione del sangue nel cuor destro e nelle arterie polmonali è una impossibilità fisiologica e meccanica in causa dei battiti del ventricolo, che ne impedisce la stagnazione, causa prima della trombosi. Questa obiezione è puramente teorica e deve cadere avanti ai fatti. Fra questi l'Autore considera come l'argomento il più serio, in favore dell'esistenza di questa trombosi spontanea, la possibilità indicata da lui di distinguere durante la vita l'ostruzione per embolismo. Nel caso di trombosi infatti, la morte avviene molto più presto dopo il parto che nel caso di embolismo, ciò che si spiega pel fatto, che necessita un certo tempo per condurre nei coaguli periferici le alterazioni necessarie a permettere la separazione d'un embolo, mentre che i coaguli spontanei cardiaci e polmonali si formano alla stessa epoca recente, che i coaguli periferici. Si potè inoltre constatare una volta o due in appoggio della sua conclusione, che s'erano mostrati segni evidenti d'ostruzione polmonale avanti quelli d'una flegmasia dolens, indizio di trombosi periferica. Dopo avere sommariamente esposti i sintomi, che egli considera altronde come comuni ai due modi d'ostruzione polmonale per trombosi e per embolia, Playfair discute la possibilità della guarigione di questa ostruzione dopo che si è manifestata con dei sintomi, questione che, secondo lui, è passata sotto silenzio dagli Autori. Per stabilirlo riferisce quattro osservazioni, nelle quali le ammalate erano guarite, dopo avere mostrato dei segni incontestabili per l'Autore di otturamento polmonale. In tre di queste osservazioni si trova notata l'esistenza a livello dell'arteria polmonale d'un rumore di soffio evidente, estremamente marcato anche in due fra esse, che disparve completamente allorquando i sintomi si calmarono. La probabilità dell'esistenza d'un soffio sistolico alla base nel caso di trombosi polmonale fu già riconosciuta da Walshe.

Quanto alla causa immediata della morte, l'Autore appoggiandosi all'opinione di Bertin, l'attribuisce all'asfissia pel fatto che l'ossigenazione del sangue è impedita, non perchè l'aria non può arrivare al sangue, ma perchè il sangue non può giungere all'aria.

Dopo avere descritto secondo Bahl i caratteri anatomici del coagulo, ed indicate le differenze che esistono fra questo punto e quello che si è sviluppato attorno ad un embolo, l'Autore termina il suo lavoro indicando il trattamento da seguirsi allorquando la morte non sopravviene troppo rapidamente per impedire d'agire, il che accade molto frequentemente.

Due indicazioni sono d'adempiersi:

1. Mantenere la vita coll'amministrazione degli stimolanti: acquavita, etere, ammoniaca e sostanze analoghe. Forse delle ventose secche sul petto, o lo stromento di Junod potrebbero essere utili.

2. Ordinare l'assoluto riposo.

On puerperal fever. *Sulla febbre puerperale*; di R. Lee. (*British med. Journ.* Fevrier, Avril 1875).

Discusse le principali teorie sulla febbre puerperale, l'Autore con Lister, Billroth, Virchow ammette, che la specificità degli accidenti puerperali si lega alla presenza di organismi inferiori, che si trovano in abbondanza nei linfatici e nei capillari.

La loro presenza dà agli emboli ed agli ascessi un carattere settico, che li distingue dagli emboli ed ascessi non specifici: è desso che divide la piemia comune dalla setticemia.

Benchè in clinica siasi talora imbarazzati nell'indicare le differenze che separano un infiammazione franca da una specifica, l'esistenza d'organismi vivi risultante dalla decomposizione di materie organiche dotate di caratteri microscopici determinati, e possedenti un azione speciale sull'uomo e sugli animali, crea fra le due forme profonda differenza.

Le indicazioni terapeutiche, alla quale conduce simile interpretazione dei fenomeni morbosi, hanno necessariamente rapporto coi mezzi atti ad impedire lo sviluppo della putridità e dei microfiti. Lee riferì a questo riguardo, modificandole però, una serie di esperienze di già tentate da Billroth sul valore dei diversi disinfettanti.

Egli riconobbe che le soluzioni d'acido fenico, che racchiudono meno di 1|120 d'acido sono senza azione sulla vitalità dei batterii. È dunque a questo grado di diluzione, che si deve impiegare per topico. Quanto agli accidenti infiammatorii locali Lee riconobbe dietro i dati della clinica, che le emissioni sanguigne hanno il maggior valore.

Das puerperal fieber, und die Gebörhauser. *La febbre puerperale e le maternità*; pel dott. Landau. (*Berlin. Klin. Wochenschr.* 1875).

La febbre puerperale non è contagiosa come le febbri eruttive; essa rassomiglia piuttosto alla sifilide, e si propaga per trasporto diretto d'un veleno specifico nel centro della ferita formatasi nelle vie genitali d'una puerpera.

Nulla vi ha d'impossibile ad ammettere, che il virus cadaverico, che risparmia l'uomo la cui epidermide è sana e che lo infetta nelle condizioni opposte, trasportato sulla ferita d'un altro individuo o nel canale genitale beante d'una donna in travaglio, od in puerperio, non produce che una sola malattia, battezzata nei feriti col nome di piemia, o setticemia; nelle puerpere di febbre puerperale, e nel primo che la porta infezione cadaverica.

Evvi bisogno d'aggiungere che nella febbre puerperale come nell'intossicazione cadaverica, non è l'assorbimento delle materie semplicemente putride, ma quella d'una sostanza speciale assai differente dei

prodotti della putrefazione e dei suoi agenti, che dà luogo agli accidenti d'avvelenamento?

Si può rappresentarsi il veleno puerperale come dotato di una tenacità e di una resistenza paragonabile solo a quella del muschio o dei liquidi peritoneali.

La mortalità differente delle puerpere nelle maternità, e di quelle a domicilio non si spiega nè per gli effluvii proprii alle maternità, nè per le cattive condizioni igieniche delle donne, che ivi partoriscono, nè pel numero delle operazioni ostetriche; nulla vi ha di speciale all' istituzione.

Si trova al contrario la causa della considerevole mortalità nel seno d'uno stabilimento nelle occasioni più numerose e più favorevoli nel trasporto della materia infeziosa pel personale ospitaliero.

È così che vedesi talvolta nella clientela d'un ostetrico o di una levatrice sopravvenire in una città, od in una campagna sino allora perfettamente sana, delle epidemie che possono rivalizzare colle più spaventevoli delle maternità, mentre che in Inghilterra vi sono stabilimenti, la cui mortalità annuale resta regolarmente inferiore a quelle delle nostre puerpere a domicilio. È il caso delle grandi maternità di Dublino, e di Edimburgo, che forse da due secoli non ebbero più del 5 per 0[0 di morti.

Quanto al modo di evitare le epidemie, si procede diversamente nei diversi istituti, secondo la teoria in favore.

In quelli ove si crede alla natura miasmatica del veleno, si vuotano il più possibile di tutte le puerpere; però quelle giunte di nuovo cadono ammalate dopo come prima, infette come sono dal personale ospitaliero, che non cangia.

Ove si vuole la proprietà contagiosa, identica a quelle delle febbri eruttive, si isolano le donne affette, si preparano sale di scambio, ma tali precauzioni non arrestano il flagello.

Infine i pratici che attribuiscono alle maternità come agli ospitali un' azione speciale sulla produzione delle malattie accidentali nelle ferite e della febbre puerperale, cercano di annichilire, od almeno di colpire d' impotenza i germi morbosi particolari. Si immaginarono a tale scopo diversi apparecchi di ventilazione, di riscaldamento, sistemi di costruzione, ecc. Infelicemente queste misure sono inefficaci.

In faccia a questi insuccessi multipli, tutti gli sforzi attuali devono essere diretti ad evitare più che sia possibile il trasporto di materie infeziose per le persone, che avvicinano gli ammalati.

Il successo è certo in questa via, come lo dimostra la cifra della mortalità delle partorienti in Inghilterra, ove tanto per l' esterno che per l' interno delle maternità la proporzione è di 33 per 1,000, mentre sul continente lo stesso rapporto è di 96 per 1,000.

In Germania ciascun pratico è convinto, che la febbre puerperale può propagarsi dopo avere fatto un autossia, e dopo avere visitato dei

malati che suppurano, o che sono resipelatosi; però la pratica generale si trova in contraddizione con questo modo di vedere.

Il piano di studio delle Università prussiane prescrive agli allievi durante il semestre la frequentazione dei corsi di anatomia patologica, e di esercizii pratici dei parti. Molti luoghi per la cura dei feriti, e delle puerpere non solo sono situate nello stesso piano, ma ancora confidate allo stesso personale medico, e di servizio.

Ueber die Geburten bei alten Erstgebärenden. *Dei parti nelle primipare attempate*; pel prof. C. HECKER. (*Arch. f. Gynäkol.* 1875, VII. 3 p.

L'Autore espone i risultati delle sue osservazioni in riguardo a quelle già fatte da Cohnstein ed Ahlfeld.

Quanto concerne al termine di partorienti attempate, l'Autore conviene col Cohnstein fissandolo ad oltre 30 anni. Fra 12054 parti notò 422 parti in vecchie primìpare; di questi risultò che 317 donne (75 per 0[0) erano fra 30-35 anni: 91 (21,6 per 0[0) fra 35-39 anni: 14 (3,4 per 0[0) fra 40-45.

L'Autore esaminò il tempo dell'apparizione della mestruazione nelle vecchie primipare, e ne risultò che nella massima parte dei casi in tali persone lo sviluppo genitale fu ritardato. Nella più parte comparve la mestruazione al 16°, 17°, 18° anno.

Il tempo della gravidanza non si mostrò anormale, ma il parto fu in molti casi disturbato per insufficienti dolori; per forte resistenza delle parti genitali molli. Nell'indagine fatta nei varii stadii del parto, l'Autore osservò che il primo periodo non fu prolungato in 403 casi; in 322 si compì nelle 24 ore, e solo in 81 casi si prolungò di 24 ore; ed il periodo medio fra tutti i 403 casi fu di 18,7 ore: fu quindi più breve che nelle altre primipare, durando secondo Veit dalle 20 alle 32 ore.

Dalle altre 396 osservazioni giudicò la durata del 2° periodo in media di 2-4 ore, mentre giusta il Veit nelle primipare questo periodo fu di 1,72.

Per cui, secondo l'Autore, tutto il parto delle primipare attempate sarebbe di 21,1 ore, mentre, secondo Ahlfeld, la durata media ascenderebbe a 27,6 ore. La quale differenza si spiega da ciò che molti dei casi di Hecker (171) erano al disotto di 32 anni. Il parto fu in quei casi complicato da debolezza di dolori 20 volte, e 58 volte dovette applicare il forcipe. Altre operazioni oltre al forcipe ed alla perforazione furono necessarie, cioè: 1 volta il parto prematuro artificiale, 4 volte il rivolgimento, 10 volte l'estrazione, 2 volte la riposizione del cordone ombelicale; 1 volta il taglio cesareo, 2 volte le incisioni alla bocca dell'utero. Oltre queste complicazioni si notò 3 volte l'eclampsia, ed 1 volta l'agglutinazione della bocca dell'utero.

Il pericolo maggiore è pel perineo. Nei casi dell'Autore successe 61 volte la rottura, e 24 volte sino all'ano. Oltre a ciò necessitarono 25 volte incisioni laterali, onde opporsi alla rottura. I casi di rottura di Cohnstein ed Ahlfeld variano assai da quelli dell'Autore. In certi casi

cominciò la rottura quando la testa del feto era ancora chiusa in vagina. Le emorragie, che apparvero dopo il parto (14 volte), ebbero per lo più la loro ragione in anormalità della placenta, e non nella deficiente contrazione. Per quanto concerne lo stato di salute delle puerpere, ammalarono nei casi dell'Autore 12 per 0[0, la mortalità salendo al 5,7 per 0[0, ascendendo 2-3 volte quella ordinaria: quella di Ahlfeld fu del 6, e quella di Cohnstein del 21 per 0[0.

Migliore è l'accordo fra Hecker ed Ahlfeld intorno al genere dei bambini. Il rapporto dei maschi alle femmine è di 133 : 100 tanto dell'uno, che dell'altro. Il peso si rinvenne in genere minore dell'ordinario eccetto 74 non maturi. Il peso medio pei maschi fu di 6,40 libbre, per le femmine 6,24 libbre.

Quanto concerne la mortalità dei fanciulli nelle partorienti attempate, è considerevole e sta in rapporto colle difficoltà del parto. La cifra della mortalità ascende al 17,6 per 0[0, e muojono assai più maschi che femmine. Così la mortalità dei primi otto giorni che è del 10 per 0[0 la sorpassa del 7 per 0[0.

Ueber die expressionsmethode in der Geburtshülfe. *Del metodo di espressione nel parto*; pel prof. BREISCHY. (*Schimdt's Jahrb.* 1875, N. 6).

L'impiego della pressione esterna nel parto è vecchia (Celso): Credè la richiamò nel 1860 per espellere le dipendenze del feto: Kristeller nel 1867 per agire sopra tutto l'uovo. Credè eccitava le deficienti doglie, Kristeller sperava colla pressione esterna di richiamare i dolori. L'azione dinamica è piccola in confronto della meccanica. Il metodo d'espressione agisce per l'aggiunta d'una forza relativamente lieve, addizionale alle contrazioni del ventre, a tale scopo deve essere compreso dalle mani più completamente sia possibile. Di più l'ostacolo non deve essere troppo grande, ed il corpo fetale deve riempiere tutto il canale genitale dalla bocca interna dell'utero. È pericoloso il metodo di espressione, se l'utero è fortemente od inegualmente contratto. Di effetto speciale è nell' espulsione della seconda, nel parto d'un feto presentato colle natiche. Nella presentazione del capo l' ostacolo è troppo grande per aspettarsi da questo metodo un progresso nel parto.

Zur Behandlung des hartnäkigen Erbreckens Schwangerer *Cura del vomito ostinato delle gravide*; del dott. COPEMAN, con osservazioni del dott. GRAILY HEWIT, ed JABES THOMAS. (*Brit. med. Journ.* Mai 1875).

Copeman fu chiamato da una gravida, nella quale furono impiegati i più diversi mezzi senza il minimo effetto. La donna soffrì tanto prima che dopo un continuato malessere, vomitando quanto inghiottiva. Il dottor Copeman propose la provocazione del parto prematuro quale unico mezzo di salvezza. Per questo egli dilatò col dito la bocca dell'utero, e tentò di rompere le membrane, ma non vi giunse tosto. Allora tentò altri mezzi per eccitare il parto: ma intanto per l'operata dilatazione della bocca dell'utero, cessò del tutto il malessere, per cui sospese ogni ulte-

riore operazione, la donna prese nutrimento senza più vomito, ed in tale stato raggiunse felicemente la fine della sua gravidanza.

Dopo quel tempo il Copeman ebbe ancora due volte l' occasione di tentare in simili casi la dilatazione della bocca dell'utero, ed in amendue il tentativo fu coronato da completo successo. Il Copeman lo raccomanda ad ulteriori prove.

Graily Hewist ha da qualche anno emessa l'opinione, che la causa del vomito incoercibile stia in uno stiramento di alcune porzioni di quest'organo per flessione di esso. Egli suppone che i 3 casi di Copeman stieno in relazione con una flessione dell'utero, sebbene questi la abbia trovato in un solo caso. Allargando col dito la bocca dell'utero si porta questo all'avanti, ed all' indietro, per cui naturalmente subisce il fondo dell' organo un corrispondente cangiamento, e può succedere che si raddrizzi.

In tal modo si spiegherebbe il risultato di Copeman. Thomas riferendo i fatti di Copeman, dice che egli da alcuni anni fece una simile osservazione in una gravida al 7° mese, la quale soffriva vomito incoercibile, per cui volendo eccitare il parto allargò col dito la bocca dell'utero e pose un tampone. Il dì dopo fu sorpreso come il male fosse cessato e fino agli ultimi giorni avesse dormito non disturbata.

Manuelle Erweiterung des Muttermundes zum Zwecke der Einleitung der Frühgeburt. *Dilatazione manuale della bocca dell'utero onde promuovere il parto prematuro;* pel dott. SINCLAIR. (*Boston med. Journ.* Febr. 1875, pag. 117).

Mezzi assai diversi vennero usati onde dilatare la bocca dell' utero in modo da poter entrarvi colla mano. L'Autore consiglia la mano qual mezzo di dilatare la bocca dell'utero, preponendolo agli altri stromenti, e ne adduce le seguenti ragioni: 1.° la mano è usabile in ogni caso; 2.° essa viene facilmente condotta; 3.° ove può applicarsi un tampone di gomma, può pure usarsi la mano; 4.° la mano ed il cervello stanno nel più intimo nesso, così l'operatore può dirigere la forza necessaria al giusto luogo ed al tempo opportuno; 5.° i dilatatori artificiali necessitano spesso l' impiego della mano, onde mettersi al loro posto; 6.° come succede appunto al chirurgo, così avviene all'ostetrico, ove le circostanze lo permettono di usare più facilmente della mano che dei più o meno complicati stromenti.

A conferma della emessa opinione riferisce brevemente l' esito di 9 casi, cioé 1 di convulsioni nel 7° mese, 3 nell'8°, 2 di placenta previa nell'8° mese, 1 di emorragia uterina nel 5° mese, 1 di ripetuta emorragia uterina nel 9° mese, ed 1 di vomito incoercibile nel 7° mese.

Die puerperalen Erkrankungen der Brüste. *Malattie puerperali delle mammelle*; pel dott. RIGA. (*Deutsch. Ztschr. f. pr. med.* 21 e 22, 1875).

L'Autore offre i risultati delle osservazioni fatte col ricco materiale dell' Istituto Ostetrico di Dresda sulle affezioni delle mammelle.

Facendo astrazione da tutte quelle puerpere, che non possono allat-

tare, l'Autore osservò 2300 donne lattanti, di cui 918, cioè 39,9 per 0[0, ammalarono nelle mammelle, numero che rappresenta la cifra media di 2 1[2. Potrebbe sembrare che il numero delle malattie delle mammelle di anno in anno aumentasse, poichè se nel primo anno era di 31,3 per 0[0 nell'ultimo ascese a 50,2 per 0[0. Queste cifre provano solo che le osservazioni furono prese d'anno in anno con maggior precisione.

Delle ammalate 40, per 0[0 erano primipare; 44,4 per 0[0 pluripare, e 2,6 per 0[0 aveano più volte partorito. Riguardo all'età, il 33° anno ebbe la maggior frequenza per le malattie delle mammelle; una costituzione forte sembra più disposta che una debole a quest'affezione, ed in pari modo una pelle fina. Puerpere con mammelle medie, o piccole ammalano più che quelle a grossi organi: capezzoli brevi offrono maggiore disposizione: quanto meno è sviluppato il parenchima ghiandolare, quanto più poco è il contenuto della ghiandola dopo il parto più frequente sviluppasi la malattia.

Impiego dell'ossalato di cerio nella patologia uterina; pel dott. CHARLES K. MILLES. (*Philadelphia med. Times*, 1876).

L'ossalato di cerio fu usato dapprima dal prof. Simpson, quale rimedio più sicuro, e più efficace contro i vomiti della gravidanza.

Il dott. Charles K. Milles lo esperimentò in molti casi, ed ottenne i seguenti risultati:

Nausea e vomiti della gravidanza, 11 casi: 10 successi, 1 miglioramento.

Nausee e vomiti causati da affezioni uterine, 3 casi: 2 successi, 1 miglioramento.

Nausee e vomiti legati all'isterismo, 5 casi: 4 successi, 1 miglioramento.

Secondo Milles questo rimedio agirebbe diminuendo la eccitabilità del canale alimentare: si amministra nell'adulto alla dose di 6 a 30 centigrammi.

Quando si oltrepassa questa dose, l'ossalato di cerio arreca un leggier malessere gastrico e della diarrea. Milles lo diede sotto forma pillolare, associato a diversi estratti vegetabili (genziana, quassia, lupolino, josciamo, ecc.).

Uso dell' haschich nelle emorragie consecutive al parto; per W. DONOVAN. (*The obst. Journ.* XXIX.).

Secondo Donovan, la tintura di haschich, alla dose di 20 grani, darebbe dei buoni risultati nelle metrorragie, che sopravvengono dopo il travaglio: essa sarebbe pure riuscita in casi, in cui la segale restò senza effetto. L'ostetrico inglese preconizza il medicamento in tutte le metrorragie e sopratutto per le menorragie.

L' impiego dell' haschich nella patologia uterina è lungi di essere un innovazione; Christison gli attribuì da lungo tempo la proprietà di rianimare il travaglio del parto, e lo pone al disopra della segale come agente eccitatore le contrazioni uterine. Questo modo di vedere è con-

diviso da certi Autori, e sopratutto da Duncan; mentre che altri, come Gregor e Gubler, lo considerano solo come avente un azione sedativa delle contrazioni spasmodiche. L'azione terapeutica della canape indiana merita d'essere studiata: la tintura alcoolica si amministra in bevanda alla dose di 1 a 4 grammi.

Uscita dal collo uterino di pezzi di scheletro fetale in una gravidanza uterina. (*Berl. Klin. Wochenschr.* Septen. 1875); per Barrmann.

Questa osservazione può riassumersi così:

Una donna di 29 anni, di costituzione delicata, ebbe un primo parto laborioso nel giugno 1873: il feto, benchè arrivato a termine, era putrefatto. Al mese di settembre seguente si manifestarono i segni d'una nuova gravidanza, che al termine di circa un mese sembrò terminarsi con un aborto (scolo sanguinolento, e fetido dalla vagina, uscita di porzioni fetali).

Il 20 gennajo si constatò un utero poco voluminoso, di cui l'orificio cervicale era chiuso; lo scolo vaginale persisteva colla stessa fetidità.

Il 27 gennajo ed i giorni seguenti, si procedette coll' ajuto d'un piccolo forcipe all'estrazione di differenti pezzi d'uno scheletro fetale.

Malgrado l' impiego di iniezioni fenizzate, l'ammalata ebbe brividi di freddo e diversi sintomi d' infezione putrida. Si decise (16 febbrajo) di dilatare il collo colla spugna preparata, e si potè allora — ma non senza provare grandi difficoltà — estrarre gli altri pezzi di scheletro, che si erano in qualche modo incrostati nelle pareti della matrice. La guarigione si operò lentamente.

Lesioni fetali nel parto per le natiche ed osservazioni sui metodi d'estrazione impiegati abitualmente; pel dott. C. Ruge. (*Zeitscher. f. Geburtsh. med. Traneukrank.* T. 1, B. 1°).

L'Autore nella sua dotta memoria espone in forma di tavola le lesioni del feto in 44 versioni, ed in 29 parti per le natiche. Sarebbe lungo ed inutile riprodurre qui questa lunga enumerazione delle lesioni muscolari ossee, ed articolari: conviene però attirare l' attenzione del lettore sopra un punto assai importante: le numerose autossie dell'Autore dimostrano i danni nei tentativi d'estrazione.

Sulla versione nei restingimenti di bacino; per William Goodell. (*Dalla Società Ostetr. di Filadelfia*, 1875).

Goodell è partigiano della versione nei casi di restringimento di bacino, ma non in modo assoluto. Se il restringimento è leggero, egli dice, si tentano una o più applicazioni di forcipe: se coll'ajuto di questo istrumento non si è potuto far penetrare la testa del feto al distretto superiore, bisognerà ricorrere alla versione.

Nei bacini, il cui diametro coniugato misura da 7 ad 8 centimetri, bisognerà eseguire tosto la versione.

L'Autore dopo avere richiamato i vantaggi attribuiti al forcipe dai suoi partigiani, ed alla versione da quelli che la praticano, ritiene la questione non potersi giudicare con sole teorie tranquillamente elabo-

rate, ma solo osservazioni cliniche possono permetterci di decidere in favore dell' uno o dell' altro metodo: egli si appoggia a dieci osservazioni personali.

Di più egli espone la sua maniera d'operare la versione nei casi di restringimento di bacino. L'angolo sacro vertebrale facendo una sporgenza esagerata, ammette con Barnes, che avanti seguire la filiera pelvica, e la curva di Carus, curva la cui concavità è diretta all'avanti ed in alto, la testa deve da prima far perno sul promontorio e descrivere attorno a questo punto, come centro, un arco di cerchio a concavità diretta all' indietro. L'uno dei parietali restando fisso, l'altro scivola dietro il pube, questo movimento permette alla testa di addentrarsi nel distretto superiore ristretto. È perciò che appena la versione è fatta, il corpo del feto è partito, e la testa riposa colla sua base sul distretto superiore, egli porta il tronco del feto in avanti ed in alto, l' applica sotto la sinfisi del pube e tira direttamente in avanti. Durante questo tempo un aiutante comprime colle due mani la testa, che è sopra il pube in basso ed indietro.

L'operatore continua le trazioni, tirando in basso ed indietro verso il coccige. Se la testa non discende continua nelle trazioni del tronco portandolo in alto ed abbassandolo. Dalle sue 10 osservazioni emerge, che in 4 casi i fanciulli estratti per la versione nacquero vivi. Tutti presentavano depressioni ed infossamenti del cranio, che non furono seguiti da alcuna complicazione: uno avea di più una lussazione della clavicola. Due di queste osservazioni sono relative a primipare: due altre ebbero parti anteriori, ed avuti feti vivi col forcipe: in tre altre si ebbero feti morti. Restano tre successi veri: la versione ha dato dei fanciulli vivi, quando in parti anteriori si dovette praticare la craniotomia. L'operatore sentì una scossa al momento, in cui passava la testa d'uno di questi feti: il secondo avea un infossamento del parietale: il terzo offriva non solo un infossamento del cranio, ma pure la frattura d'una clavicola.

In questi tre ultimi casi il diametro coniugato del bacino misurava 7 centimetri e 1[2 ad 8 centimetri e 3[4.

Dei tubercoli di Montgomery come segni di gravidanza; pel dottor VEDELER. (*New-York med. Journ.* 15 Janv. 1876).

L'Autore fornisce una statistica interessante: Dopo avere esaminato un gran numero di donne di varia età, ed in condizioni assai diverse di vita, conclude che i tubercoli di Montgomery non hanno per se alcun valore come segni di gravidanza, poichè essi riscontransi nelle ragazze mestruate come in quelle che non lo sono, e nelle donne maritate (sterili, od anche giunte alla decrepitezza dell'età). Essi non possono, secondo lui, avere un valore diagnostico, poichè essendo esistiti tubercoli, questi possono ipertrofizzarsi, od apparire quando non esistevano precedentemente. Essi possono scomparire intieramente, ma si ignora precisamente sotto quale influenza.

The phisiological cause of Muscular contraction of the gravid uterus. *Causa fisiologica della contrazione muscolare dell' utero gravido;* pel dott. Thomas May. (*New-York med. Journ.* Fevrier 1875).

La teoria dell'Autore è basata su questo fatto di fisiologia sperimentale, che tutte le volte che in un organo muscolare il sangue non penetra che in quantità insufficiente, o non si rinnova, si producono delle contrazioni. Ecco come applica questa teoria: la nutrizione dell'utero è, dice egli, sotto la dipendenza di quattro arterie, due ovariche e due uterine: queste due ultime vi prendono una parte molto più importante. Ora negli ultimi tempi della gravidanza, il corso del sangue si trova ostacolato nel suo interno per due ragioni.

La testa del feto fa sforzi sul collo che si dilata, onde una compressione dall' indentro all' infuori. D'altra parte l'abbassamento dell'organo in totalità fa che il suo segmento inferiore porta sul distretto superiore, che lo comprime dall'esterno all'interno, nuova causa di stasi sanguigna ed anemia relativa. L' influenza combinata di questi due ostacoli sarebbe la causa delle contrazioni uterine e del principio del travaglio. Questo una volta cominciato, l'organo si addossa, la sua capacità pel sangue diminuisce, ed il sangue che esso racchiude divenendo di più in più improprio alla nutrizione, il grado della contrazione aumenta d' istante in istante. Incidentemente l' Autore fa osservare che questa teoria rende conto egualmente del modo di azione della segale cornuta, che agendo sulle pareti vascolari dei vasi, risveglia le contrazioni dell'utero inerte, arrestandone la circolazione.

Gravidanza e parto nelle donne epilettiche; pel dott. John Parry. (*Amer. Journ. of Obstetr.* 1875, aout.).

L'Autore sia da osservazioni proprie che dalle altrui crede dedurne le conclusioni seguenti:

1. Le donne epilettiche hanno raramente accessi durante il parto.
2. Nei casi eccezionali in cui sopraggiungono convulsioni a questo momento, non si sa ancora, se debbasi preferire l'abbandono del parto alla natura, o provocarlo artificialmente.
3. La gravidanza può essere la causa immediata della epilessia, però anche in questo caso si osservano raramente le convulsioni durante il periodo del parto. Il parto mette sempre fine alla malattia, ma il più sovente essa riappare durante la gravidanza seguente.
4. L'epilessia provoca meno soventi la morte al feto della eclampsia.

Influenza dei diversi trattamenti della sifilide, sulla gravidanza delle donne sifilitiche; per Weber. (*Allg. med. Centralzeut.* 1875).

L'Autore sopra 109 casi da lui raccolti, ebbe degli aborti nella proporzione di 20 per 100; essi si produssero più soventi il 7° o l' 8° mese. In questo caso la più parte dei fanciulli morirono poco dopo la loro nascita. Le unzioni mercuriali diedero i migliori risultati: di 35 donne sottomesse a questo modo di trattamento nessuna partorì avanti termine, 23 donne furono sottomesse a queste frizioni associate all'joduro

potassico, ovvero all'uso dell'joduro solo, le frizioni essendo stato interrotte in causa della debolezza della loro costituzione: in questo secondo gruppo di ammalate, gli aborti si produssero nella proporzione del 20 per 0[0.

La proporzione fu del 15 per 0[0 nelle donne trattate col sublimato e l'joduro di potassa: del 36 per 0[0 in quelle che presero l'joduro solo. I puerperii furono sempre normali, quando si usarono le frizioni: più o meno irregolari negli altri.

Dell'uso della tintura d' Eucalyptus globulus nelle affezioni puerperali; per Osterloh. (*Winkel's Berichte, u. stud. ans dem Entbindungs Jush in Drésden*, 1874).

La tintura d'Eucaliptus si diede alla dose di 5 a 20 grammi per giorno: essa fu sempre bene sopportata, non determinò mai vomito. Si amministrò come antifebbrile nelle forme le più diverse della febbre puerperale. Nei casi in cui si diede la tintura sola, il suo effetto fu quasi nullo: il vantaggio si ebbe quando si amministrò dopo altri antipiretici, come il chinino, la digitale, i bagni tiepidi ecc. Si osservò una diminuzione costante della temperatura di molti gradi, che talora non si manifestò che al momento dell'esacerbazione vespertina. Secondo Mosler, la milza dei cani, ai quali si diede questo medicamento, diventa più dura e più piccola; si può dunque amministrare la tintura d'eucaliptus nei casi, in cui la malattia, giunta al secondo settenario, non presenta più altri segni obbiettivi, che un tumore splenico più o meno voluminoso.

Of the treatement of placenta previa. *Cura della placenta previa*; per Dawis. (*Transact. of the med. Society of the State of Pensylvania*, Vol. X.).

L'Autore così descrive il processo che ha usato in un caso:

Avendo riconosciuto che la placenta aderiva su una parte per una superfice più larga che dall'altra, introdussi la mia mano da questo lato fra l'utero e la placenta, separando con cura questi due organi, fino a che tutto questo bordo fosse libero: afferrando allora il detto bordo con tre dita, lo respinsi fortemente dall'altra parte dell'utero; la borsa delle acque fece allora sporgenza, io la perforai e la testa discese, fissando la placenta sulla parte opposta a quella che avea distaccato.

1. Questo mezzo permette di mantenere su larga superfice le relazioni della placenta coll'utero, ciò che è importante per il feto.

2. Di più esso dispensa dalla necessità d'una versione, operazione sempre dannosa pel feto, e neppur priva di danno per la madre.

3. Nel caso, in cui l'Autore l'ha praticata, questa manovra, ha perfettamente arrestata l'emorragia, e permise il parto naturale: lascierebbe almeno il vantaggio d'una possibile applicazione di forcipe. Questa operazione suppone ben inteso, che l'orificio sia dilatato.

Zwei Fälle Künsticher, durch Inductions-Electricität bewirkter Frühgeburt. *Due casi di parto prematuro ottenuti coll'elettricità d'induzione*; pel dott. GRÜNEWALDT. (*Arch. f. Gynaeckol.* Bd. 3, 1875).

I metodi extrauterini impiegati per provocare il parto agiscono con minore sicurezza, che i mezzi diretti, ma essi hanno pure il vantaggio d'una più perfetta innocuità.

Sotto l'influenza delle correnti continue, i muscoli lisci ed innervati dal simpatico, non reagiscono immediatamente come i muscoli striati: l'azione elettrica non resta più localizzata ai gruppi muscolari traversati diversamente dalla corrente. È al contrario tutto l'organo che è affetto da contrazioni, o da veri movimenti peristaltici, i quali si prolungano ancora qualche tempo dopo la cessazione dell'eccitazione elettrica.

L'Autore approfitta di questi fatti per provocare le contrazioni uterine, e portare il distacco dell'uovo nelle donne che voleva far partorire prematuramente. Egli si servì dell'apparecchio di De Boys-Reymond applicando gli elettrodi da ciascun lato del fondo dell'utero, ad una distanza di 10-15 centimetri. L'intensità dalla corrente fu aumentata a poco a poco, poi bruscamente diminuita al termine d'un minuto, e questo stesso maneggio fu ripetuto 5 a 6 volte, cogli intervalli di 3 a 5 minuti. Nella prima osservazione raccolta dall'Autore, si trattava d'un bacino rachitico generalmente ristretto, di cui il diametro conjugato vero misurava da 85 ad 87 millimetri; il parto prematuro fu provocato, col metodo indicato, nella 36ª settimana. Presentandosi la spalla si praticò il rivolgimento podalico e l'estrazione. Il puerperio fu regolare ed il feto visse.

La 2ª ammalata, osservata dall'Autore, presentava pure un bacino rachitico, ma inegualmente ristretto: il diametro coniugato vero misurava da 8 ad 8,2 centimetri; il parto prematuro fu provocato nella 36ª settimana coll'elettricità indotta, e si ottenne dopo tre sedute d'elettrizzazione. Il parto si terminò per le sole forze della natura, la madre ed il feto rimasero in eccelente salute.

L'Autore si scusa di non produrre che questi due fatti all'appoggio del suo metodo operatorio: ma i fenomeni fisiologici ottenuti in ciascuno di essi sono talmente identici, che egli li riguarda tali da ritenersi come regola generale.

Die fettige Degeneration der Placenta. *Degenerazione grassa della placenta*; per A. GOSCHLER. (*Boehm. artzl. correspond.* 1875).

L'Autore trovò in una donna di 38 anni, che avea partorito un neonato morto, all'8° mese, la placenta ripiena di numerosi noccioli arrotondati, grassi, il cui volume variava da quello d'un pisello, ad una nocciola. In altre si vedevano grandi sepimenti giallastri, dovuti all'inspessimento in questi punti della placenta, e solo un terzo dell'organo presentava un tessuto normale. Questa donna maritata per la seconda volta, ebbe durante il suo primo matrimonio un fanciullo vivo: mentre nel secondo avea avuto quattro aborti, e quattro volte avea messo al

mondo dei fanciulli morti all'8° od al 9° mese di gravidanza: essa poi, ne suo marito ebbero mai sifilide.

L'Autore pensa che questa degerazione della placenta abbia dovuto essere preceduta da un endometrite della caduca. I prodotti dell'infiammazione si sono depositati fra i cotiledoni della placenta, ed a poco a poco organizzatisi, hanno formato dei nocciuoli, che compressero la sostanza della placenta, hanno distrutto le cellule coriali e le hanno rese improprie ai cangiamenti gasosi. Questa infiammazione non determina sempre una degenerazione della placenta, ma i prodotti dell'infiammazione stabiliscono un unione più stretta fra il tessuto placentale ed il tessuto uterino. Quando si producono dei nuclei, il danno dipende dal loro numero, e dalla loro sede. Più i nuclei sono numerosi e più sono vicini al punto d'inserzione del cordone, più essi comprimono i vasi e più la circolazione del feto è compromessa.

Case in which the fetal heart was heard at an early period of pregnancy. *Osservazione di rumore cardiaco del feto sentito nei primi periodi di gravidanza*; pel dott. Underhill. (*Edinburg. med. Journ.* Sept. 1875).

L'Autore venne chiamato il 6 settembre 1874, presso una donna di 30 anni, affetta da febbre tifoidea, che asserì d'essere incinta dai 3 ai 4 mesi. L'utero giungeva 2 pollici sopra il pube. Ponendo lo stetoscopio sul fondo dell'organo, s'intendevano distintamente le pulsazioni del cuore fetale, che batteva 160 volte per minuto, quando il cuore materno dava 120. L'ammalata gnarì della tifoide e partorì l'8 marzo 1874; 183 giorni più tardi.

Prendendo 278 giorni come la media della durata della gravidanza, era solo il 96° giorno a partire dalla concezione, che i battiti del cuore fetale erano stati intesi. Ora De-Paul dà per eccezionale il fatto di intendere i rumori avanti la metà del quarto mese: egli non cita che due casi in cui lì percepì nel terzo. Questo fatto è dunque rimarchevole poichè alla 13ª o 14ª settimana il feto non ha più di 15 centimetri di lunghezza: ma a questa epoca il cuore occupa quasi la totalità della cavità toracica.

Delivery through the rectum in a case of occlusson of the os uteri. *Sortita del feto pel retto in un caso di chiusura della bocca dell'utero*; pel dott. Goronwy Owen. (*Virgin. med. Monthly Journ.* Janvier 1875).

Una primipara, che ebbe già un parto facile, fu presa da dolori espulsivi alla fine della sua seconda gravidanza, durante il corso della quale avea presentato grandissima debolezza. Il terzo giorno di questi dolori Owen trovò la testa situata quasi sul piano del bacino, e ricoperta dal segmento inferiore dell'utero, sottile come un foglio di carta: non si poteva constatare la presenza dell'orificio uterino. In avanti si trovava una piccola fossetta, che fu incisa e trasformata in una apertura di 4 centimetri di diametro circa, per la quale si potè constatare la

presenza della testa ricoperta dalla borsa delle acque. Malgrado l'amministrazione dell'ergotina, i dolori cessarono completamente per non ricomparire che 28 giorni dopo. A questo momento l' ammalata rifiutò ogni intervento, ed i dolori cessarono di nuovo, per riapparire un mese dopo e cessare ancora. Al termine di altre 4 settimane, i movimenti del feto cessarono, la madre ristabilita riprese le sue occupazioni. Fu solo dopo due anni, che in seguito a lungo cammino cadde ammalata. Freddo, febbre, dolori ipogastrici, tenesmo rettale e scariche purulente. Per la vagina sentivansi al disopra del collo dell'utero, incompletamente rinvenuto sopra se stesso, ed impermeabile alla sonda, le ossa del cranio sconnesse. Queste ossa aveano perforato la parete anteriore del retto. L'ammalata rifiutò ogni operazione, quantunque la suppurazione, ed il dolore l'avessero completamente spossata. Infine al termine di 3 settimane, si potè cloroformizzarla e farne l'estrazione pel retto. L' utero ritornò fortemente sopra sè stesso, e la fistola utero-rettale guarì completamente. La guarigione si ebbe perfetta dopo 4 mesi, epoca in cui si potè introdurre una sonda nell'utero, il cui orificio era dapprima così piccolo.

On ovariotomy with coesarean operation. *Ovariotomia colla operazione cesarea*; per HILLAS. (*Austral. med. Journ.* fevrier 1875).

Una donna, d' anni 21, fu ammessa al ricovero di Benevolent nel novembre 1871, perchè diceva d'essere incinta dal mese di marzo dello stesso anno: esaminata, si allontana l' idea della gravidanza e si diagnostica una cisti dell'ovario. Al mese di giugno 1872, entra all' Ospitale nel distretto di Ballarat: si diagnostica parimenti una cisti dell'ovario, ed il 12 giugno si procede all'operazione.

Si incide il peritoneo, e sfugge un getto di sangue venoso che si arresta tosto col dito. Il bistori si era portato sopra un utero gravido.

L'operatore ingrandisce immediatamente la incisione al disopra dell'ombelico, e mentre che l' utero ricade sulle coscie dell' ammalata, si mette allo scoperto una larga cisti dell'ovario. Si punge la cisti, si colloca il clamp, e tutto passa senza difficoltà. Siccome l'utero simulava una gravidanza quasi a termine, e ponendo una sutura nella ferita si poteva temere una rottura, il chirurgo praticò l' operazione cesarea, e potè estrarre un feto di otto mesi, vivo, e bene sviluppato. L'ammalata guarì in 6 settimane della sua doppia operazione. Le regole comparvero per quattro giorni, il 3 luglio, un mese dopo l'operazione e si mostrarono di nuovo il 28 agosto. Dappoi godè buona salute.

Note sulla febbre puerperale, seguite da qualche rimarco sulla statistica delle puerpere; pel dott. HENRY M. MADGE. (*The obstetr. Journal*, september 1875).

L'Autore crede dietro la sua esperienza personale essere meglio conservare il nome di febbre puerperale per le affezioni gravi del puerperio, sovente mortali, trasmesse per infezione o per contagio. Egli pensa che è sopratutto richiamando una serie di casi, o pure qualche caso isolato,

che si può far avanzare la storia di questa malattia. In 22 anni osservò 3000 parti.

Durante i cinque primi anni della sua pratica tutti i casi terminarono felicemente: al termine di questo tempo egli ajutò uno dei suoi amici in un caso di presentazione delle natiche: il feto era morto e decomposto, e malgrado l'uso dei disinfettanti, un po'di odore impregnò per qualche giorno le sue mani: allora abbandonò la sua pratica.

1. Tre settimane dopo assistè una donna di 26 anni nel parto del suo secondo bambino. Tutto andò bene sino al 4° giorno, in cui fu preso da forti dolori addominali e da delirio; essa morì il quinto giorno senza sollievo nella cura. I dottori Newton e Bailey, che videro l' ammalata, la dichiararono febbre puerperale. Colpito da questo fatto, abbandonò la pratica ed andò alla campagna. Al suo ritorno la prima persona che assistè fu presa da forma grave di flegmasia dolens, da cui guarì. Due altre partorienti furono prese presso a poco dalla stessa affezione, ma di forma più leggera.

Nei 12 anni che seguirono praticò più di 2000 parti, ed ebbe presso a poco l'occasione d'osservare tutte le complicazioni meccaniche od altro, ma non un solo caso di quelli che chiama febbre puerperale. Egli osservò un caso di scarlattina, nel quale l'eruzione si mostrò un giorno dopo il parto: l'ammalata guarì senza complicazioni, ma il suo bambino di 4 giorni presentò i sintomi della scarlattina, e morì il 10° giorno. Nel 1861 mostrò alla Società ostetrica due feti (gemelli) coperti da pustole vajolose. La madre avea avuto la varicella avanti il parto, e si ristabilì senza accidenti.

2. Nell'ottobre 1835 l'Autore osservò un caso di piemia puerperale; e la distingue pei suoi sintomi dalla febbre puerperale infeziosa.

3. Nel gennajo 1870 il dott. Madge assistè ad Holloway una dama, di 30 anni; era il suo quarto fanciullo, essa avea goduto fino allora d'una salute prospera, e s'era perfettamente ristabilita dopo i suoi tre primi parti. Abitava una villa isolata in una posizione eccellente. Il quinto giorno dopo il parto, fu presa da malessere generale, da perdita d'appetito, senza freddo, nè febbre, nè dolori di ventre: il dì seguente ebbe febbre, cefalalgia, nausea, disgusto al cibo, dolori alla pressione sull'addome. Il settimo giorno tutti questi sintomi s'aggravarono, e furono accompagnati da delirio, timpanite, prostrazione, diminnzione dei locchi, arresto nella secrezione lattea. Il dott. West e Newton videro l'ammalata, che sempre aggravandosi, morì al 10° giorno. Si credette avere a fare con una febbre puerperale, quantunque non s' avesse potuto scoprire la causa della infezione.

4. e 5. L'Autore ebbe alla stessa epoca l'occasione di assistere altre due donne. La prima di 32 anni, partorì facilmente il suo 5° bambino: al termine di qualche ora i locchi divennero odorosi: la secrezione lattea diminuì, poi sopravenne una peritonite assai intensa: le intestina riunite fra loro formavano una massa applicata contro le pareti addominali.

Questo caso si complicò da pneumonite a forma grave con delirio, ed emissione involontaria delle feci, e della orina, ed escare al sacro. Per circa 15 giorni l'ammalata non prese che un po'di champagne ghiacciato. Un giorno in luogo della lingua, secca, nera, ed in semi stupore, si rinvenne la ammalata con lingua umida e le idee più nette. A partire da questo giorno migliorò ed il ristabilimento fu completo.

Dopo ciò partorì ancora due volte e senza accidenti, ciò che prova che una peritonite grave non è causa di sterilità.

Nel secondo caso trattavasi di donna di 28 anni, che presa al 4° giorno da gran freddo, presentò tutti i sintomi della precedente, eccetto la pneumonite.

A proposito di questi cinque casi l'Autore passa a considerazioni generali sulla natura, ed origine della febbre puerperale. Ciò che colpisce di più si è che malgrado una grande diversità di cause e di origine, ad un periodo confermato l'affezione presenta sempre l'istessa fisonomia, che la fa considerare come una febbre di natura particolare, possedente un veleno speciale capace di propagarsi indefinitamente fra le nuove puerpere. Egli cerca in seguito di dare a ciascuno di questi cinque casi il termine che loro conviene.

1.° *Caso.* — Egli crede trattarsi d'un avvelenamento del sangue, e probabilmente d'un caso sporadico od autogenetico, quantunque sia possibile a rigore, che egli stesso abbia trasmesso l'affezione. Sebbene la peritonite fosse intensa, la pronta apparizione del delirio dimostra che vi esistesse qualche cosa di più che una semplice peritonite, nella quale il delirio non appare, che al periodo ultimo. Uno stato tifoide marcato esisteva dal principio. L'Autore non decide se trattavasi d'un caso di septicemia, o di febbre puerperale; in fatto in certi casi d'avvelenamento per materiali settici, ed allorquando s'introduce sperimentalmente nelle vene o nel peritoneo d'un animale delle materie settiche si ritrovano presso a poco dei sintomi analoghi.

2.° *Caso.* — L'Autore lo qualifica col nome di pioemia puerperale. Si ritrovano in questo caso tutti i dati della pioemia: risponde all'antica definizione: pus nel sangue, ascessi multipli, e presenta poca analogia con altri, ai quali il termine di pioemia non converrebbe per nulla.

3.° *Caso.* — Dubbio per l'origine sporadica, od autogenetica: proviene forse dalla decomposizione di coaguli nell'utero, quantunque lo scolo locchiale non presentasse molto odore.

I casi numeri 4. e 5. hanno seguito sì davvicino il precedente, che l'Autore li riguarda come identici nelle cause e nella origine; nel 5° però si esclude affatto l'inoculazione diretta: il veleno si è probabilmente propagato per l'aria come per le febbri eruttive. In qaesti due ultimi casi non esisteva nè resipola, nè scarlattina, nè alcun sintomo di pioemia, o di septicemia; per cui l'Autore crede darle il termine di febbre puerperale.

Questa febbre presenta due tratti caratteristici, la peritonite ed il delirio: ma si è tanto avanzati sul suo conto, quanto sulle altre specie di febbre.

Egli pensa che i termini di pioemia puerperale, di septicemia puerperale, e di febbre puerperale sono necessarii tutti tre, e designano forme diverse d'affezioni puerperali.

Quanto alla frequenza della febbre puerperale e dei disordini che accompagnano lo stato di puerperalità, l'Autore crede che essa sia stata esagerata. Ora in realtà in 99 casi sopra 100, e secondo altri 999 sopra 1000, tutto cammina bene. Le modificazioni che subisce il sangue durante il parto tendono piuttosto a garantire la puerpera, che a facilitare la produzione della malattia. Nulla è fissato sul potere assorbente dell'utero, sulla parte delle vene e dei linfatici, che dovrebbero, secondo gli sperimentatori, possedere un potere assorbente ben più considerevole che non lo indichi l'esperienza clinica. Dietro certe statistiche la mortalità delle puerpere per febbre puerperale è di 1 su 100: se queste statistiche sono basate sopra dati officiali, l'Autore pensa che vi abbia avuto qualche errore nel modo di riunire, od interpretare i fatti. Egli pensa che si abbiano comprese in questa proporzione le altre cause di mortalità. Quanto a lui sopra 3000 partorienti, ebbe a deplorare 8 morti. Pensa quindi che la Società ostetrica dovrebbe cercare la proporzione esatta dei decessi nelle puerpere. I pratici poco attenti e le inesperte levatrici aumentano questa proporzione. Ad onta dei disinfettanti crede imprudente, curando una febbre puerperale, assistere in pari tempo altre puerpere, convenendo desistere per qualche settimana dalla pratica.

Retroversione dell'utero gravido — Ritenzione d'orina — Aborto; pel dott. M. Cullingwarth. (*The obst. Journ.* Mars 1876).

Elisa R., d'anni 47, ebbe sette fanciulli a termine ed aborti due volte. Incinta attualmente di 3 mesi, dice d'aver sentito, sono 15 giorni, una grande tensione nella vagina, sensazione che si è accresciuta dappoi, nello stesso tempo che essa soffrì ritenzione d'orina, e che vedeva il suo ventre aumentare di volume.

All'esame fatto il 10 agosto 1875, si trovò un tumore molle, fluttuante sulla linea mediana, immediatamente al disopra del pube. Il cul di sacco posteriore della vagina è occupato da un tumore elastico, e premendo su esso si fa colare dell'orina per l'uretra. Il labbro posteriore dell'orifizio uterino è molle, rilasciato, tumefatto, e projettato in basso nella vagina al punto da simulare un tumore mobile. Il labbro anteriore è duro, fisso, e tratto in alto.

Col mezzo d'una sonda elastica si estraggono 45 once d'una orina chiara: il tumore addominale scompare. L'utero è sentito in retroflessione, rimesso in posto e mantenuto con un pessario di Hodge. Il muso di tinca ed il collo hanno ripreso la loro posizione normale. Il 16 agosto la donna abortì.

Retroversione dell'utero gravido — Ritenzione d'orina — Edema delle gambe — Albuminuria — Gravidanza non interrotta. Idem. idem.

Sara S., d'anni 28, ebbe cinque bambini a termine, ed abortì 18 mesi or sono. Ella non avea avuto le sue regole da quattro mesi, quando rissentì un forte dolore nella parte inferiore dell'addome con voglia frequente di scariche alvine. Qualche giorno dopo si accorse che il suo addome era aumentato di volume, e che l'orina colava con pena goccia a goccia. Al momento della sua entrata all'Ospitale, il 14 dicembre 1875, si constatano i fatti seguenti: pallore cereo dei tegumenti, mancanza d'appetito, perdita di riposo, addome assai disteso da un tumore fluttuante, muto alla percussione: dolori nel dorso, e nei reni: edema delle estremità inferiori: prolasso della parete posteriore della vagina al di fuori della vulva: la mucosa vaginale è sensibile e secca. L'orificio esterno dell'uretra è volto in basso in modo da trovarsi all' ingresso della vagina. L'utero è posto quasi orizzontalmente nel bacino : il fondo occupa la parte superiore dell'escavazione del sacro, mentre che il collo è spinto contro la parete superiore del pube, al punto d'essere flesso ad angolo retto presso il suo orificio esterno, che guarda direttamente in basso.

Si pratica il cateterismo e si ritirano 105 once di urina, pallida, torbida, d' una densità di 1004, e con deposito purulento. Si ordinano iniezioni d'acqua tiepida, si mette l'ammalata appoggiata alle ginocchia ed ai cubiti onde esercitare delle pressioni con due dita in vagina, per la riduzione, ma senza risultato. L'ammalata è messa a letto e si opera il cateterismo ogni 4 ore. Un nuovo tentativo di riduzione il 15, l'ammalata essendo posta sul lato sinistro non si riesce meglio: ma si perviene a respingere facilmente l'utero in alto introducendo tutta la mano nella vagina, e si mette in posto un pessario di Hodge. Nelle 24 ore seguenti vi ha qualche involontaria emissione d'orina, ed il 16 si cessa d' impiegare la sonda. L'ammalata è sempre pallida, ma senza dolori: l'utero resta in posto: l'urina è albuminosa, pallida, torbida, e con deposito purulento. L'edema delle gambe diminuisce a poco a poco, e scompare il 18.

Il pessario sfugge il 24, e non fu rimesso. Il 31 s' intende per la prima volta un rumore del cuore. L'utero continua nella sua posizione normale: non ha più difficoltà a mingere: l' orina è sempre albuminosa. La donna, sortita dall'Ospitale attese alle sue occupazioni, la gravidanza progredendo il normale decorso.

RIVISTA DI GINECOLOGIA

pel dott. L. MANGIAGALLI

Du toucher vésico-vaginal et vésico-rectal. Nouvelle méthode pour l'examen de l'utérus et de ses annexes; par E. Noeggerath. (*Revue des sciences médicales.* Tom. VI. 2º fasc. 1875).

Dopo aver dilatato l'uretra in modo da poter introdurre facilmente l' indice, si fa penetrare nella cavità uterina un doppio uncino ed un

assistente abbassa l'utero. In queste condizioni, introducendo l'indice destro nella vescica ed il sinistro nel retto, è facile esplorare l'utero come se lo si tenesse fra le dita.

Il processo impiegato da Noeggerath, a parecchie riprese, è presentato da lui come un metodo generale d'esame delle malattie del fondo dell'utero e de' suoi annessi, metodo di cui egli traccia le indicazioni e le controindicazioni. Sopra 13 casi, in cui si è servito di questo mezzo di esplorazione, l'Autore ne riporta tre, nei quali riconobbe uno spostamento dell'ovario sinistro ipertrofico e facente tumore: in un altro egli diagnosticò una pelvi-peritonite consecutiva ad un catarro della tromba sinistra: in un altro una gravidanza normale mentre tutto faceva credere ad una gravidanza estra-uterina. In tesi generale si può dire che il nuovo metodo è indicato:

1. Per la diagnosi dei tumori oscuri del tessuto medesimo o delle vicinanze del corpo dell'utero.
2. Per completare il diagnostico delle inversioni della matrice.
3. Nei casi in cui si sospetta un' assenza od una cattiva conformazione congenita dell'utero o de' suoi annessi.
4. Pel diagnostico precoce della gravidanza (a 2 o 3 mesi).
5. Per completare il diagnostico dei tumori del collo e sapere sin dove si estendono.

Dal punto di vista del processo operatorio, bisogna aver cura di vuotare la vescica ed il retto e di lavare la vagina con acqua fenizzata. Le candelette, gli istrumenti e le dita devono essere spalmati di pomata all'acido fenico. La dilatazione dell'uretra può farsi bruscamente o lentamente. L'Autore si loda dell' impiego di candelette graduate, che permettono di ottenere la dilatazione conveniente in una sola seduta. Terminato l'esame si fa una lavatura della vescica mediante una soluzione leggera di acido fenico. La reazione che tien dietro a tale esplorazione varia molto secondo le persone. Essa non sembra dipendere dal modo più o meno brusco, con cui si dilata l'uretra e neppure dalla lunghezza dell'esame.

Ueber die membrana dysmenorroica. (*Sulla membrana dismenorroica*). von P. Finkel. (*Arch. f. path. anat. u. phys.* B. LXIII — *Revue des sciences médicales*, t. VI. 2° fasc. 1875).

Finkel trae le seguenti conclusioni dalle sue ricerche istologiche:

1. La membrana, di cui si tratta, si compone della mucosa uterina in toto, compresi i cul di sacco ghiandolari: qualche volta però lo strato più profondo resta nell'utero colle ghiandole, che esso contiene. Essa si compone:

a) Di tessuto connettivo e d'una grande quantità di cellule rotonde ed ovali, ora granulose, ora al contrario d'aspetto omogeneo, vitreo. Queste cellule, la cui origine non è decisa, spostano il tessuto lamellare, ovvero sono agglomerate intorno ai vasi ed alle ghiandole.

b) Di epitelio cilindrico (non vibratile e senza nuclei).

c) Di ghiandole tubulari senza epitelio, d'ordinario riempite di sangue.

d) Di vasi a pareti omogenee, brillanti, senza traccia di organizzazione, ingorgati di sangue. In parecchi luoghi il sangue sposta il tessuto connettivo.

e) Le frangie, che soventi terminano la membrana, sono formate di fibrina e di globuli rossi. L'Autore non vi ha riscontrato i vasi, di cui parla Saviotti.

2. L'espulsione di questa membrana costituisce un fatto patologico. Due donne, di cui Finkel racconta la storia, non avevano avuto rapporti sessuali da due o tre mesi, un' altra era vergine ed aveva ancora l'imene; non si tratta dunque di un prodotto d'aborto.

3. Ciò che dimostra pure la natura patologica di questo prodotto sono la sua rarità, e i sintomi clinici di cui soffrono le donne.

4. Volendo renderci conto del carattere di questa malattia, importa ricordare i fatti seguenti:

a) Il numero considerevole di cellule di diversi aspetti, che infiltrano e spostano il tessuto cellulare.

b) La grande quantità di sangue, che ingorga i vasi, riempie le ghiandole e penetra nel tessuto connettivo.

c) Le masse di fibrina brillanti sparse qua e là nei tessuti.

d) Le frangie, che esistono sulla superficie esterna della membrana.

e) La tenacità dell'affezione, la sua comparsa in seguito a raffreddamenti, aborto, parto o metriti acute.

f) Lo stato dell'utero stesso, la sua sensibilità esagerata, la sua posizione deviata, il flusso abbondante di muco, che se ne sfugge e che presenta soventi una reazione acida.

Tutte queste ragioni paiono sufficienti all'Autore per fargli considerare la malattia, di cui si tratta, come una endometrite, complicata da emorragie ripetute nel tessuto mucoso.

5. L'espulsione della mucosa uterina infiltrata e tumefatta è favorita dalle emorragie, che si fanno nella mucosa ed al disotto, la scollano e la trasformano poco a poco in corpo straniero, che provoca le contrazioni dell'organo.

6. D'onde provengono lo stato amiloide e le altre particolarità, che si constatano sulle cellule, sulle pareti vascolari ed anche sull' epitelio? È questa questione oscura. Dickinson ha preteso, che la reazione amiloide dipendesse da una diminuzione degli alcali e da un aumento degli acidi e tale fatto venne confermato sperimentalmente da Chrzonszczewsky. Questa teoria potrebbe applicarsi alla membrana dismenorroica, tanto più che Finkel ha trovato sopra una donna, di cui racconta l'osservazione, il muco uterino manifestamente acido.

Zur Phatologie der dysmenorrhoea membranacea. (*Contribuzione alla patologia della dismenorrea membranosa*), von HERMANN BEIGEL. (*Arch. f. Gynaek.* 1876, B. IX, H. 1).

L'Autore lamenta come sotto tale denominazione si sieno abbracciati disparatissimi stati morbosi. Due cose hanno contribuito ad ostacolarne lo studio: la denominazione adoperata e la trascuranza dell'esame microscopico delle membrane espulse. La denominazione dismenorrea membranosa, abituandoci a riporre l'essenza del male in un disordine della menstruazione, ha sviato la nostra attenzione da quei momenti eziologici, che agiscono nel periodo intermenstruale, non essendo molte volte la menstruazione che la causa occasionale, per cui le membrane già prima formate si staccano e vengono espulse per l'influenza della congestione o dell'emorragia periodica. La denominazione *decidua menstrualis* introdotta da Oldham e Virchow non fu più felice: essa, lasciando sussistere l'idea erronea annessa alla prima denominazione, implicava pure la formazione di una decidua, inducendo quindi molti osservatori ad affermare, che la dismenorrea membranosa non fosse altro che un aborto nel primissimo stadio della gravidanza, opinione insostenibile di fronte ai fatti acquisiti oggigiorno dalla scienza.

La mancanza di esame microscopico delle membrane espulse fece sì che per molto tempo avessero voga nella scienza idee affatto erronee e fondate esclusivamente sull'aspetto macroscopico di esse. Le ricerche microscopiche di Eigenbrot, Slaviansky, Saviotti ed altri hanno incominciato a dipanare l'aggrovigliato argomento della cosidetta dismenorrea membranosa, e le recenti ricerche di Robin, Kundrat ed Engelman, Williams e Hoggan sulla struttura della mucosa, che riveste la cavità uterina e sui cangiamenti, che subisce durante la menstruazione e nella gravidanza, hanno quasi completamente dilucidato l'oscuro argomento.

Due cose intanto sono cerziorate da osservazioni irrefutabili, cioè in una serie di casi le membrane in questione vengono espulse all'epoca menstruale, mentre molte altre volte la loro espulsione si effettua all'infuori dell'epoca catameniale e ad intervalli atipici. Il fatto si è che la dismenorrea membranosa non è un fatto morboso *sui generis*, e non può avere una genesi univoca. Essa venne riscontrata oltrechè in gran numero di alterazioni locali, in affezioni generali. Così Hegar e l'Autore l'hanno osservata nella tubercolosi, e Slavjansky in un suo recente lavoro sull'endometrite deciduale emorragica nelle donne affette da cholera, descrive appunto un processo infiammatorio caratterizzato dall'infiltrazione cellulare nel tessuto sotto-mucoso, dallo sfacelo degli epitelii e da stravasi emorragici entro e sotto la mucosa, per cui questa si esfoglia in frastagli.

L'Autore, facendo tesoro della propria ed altrui esperienza, continua lo studio clinico di questa forma morbosa, espone le proprie osservazioni microscopiche sulla membrana dismenorroica e riepiloga quindi il suo lavoro colle seguenti conclusioni:

1) La cosidetta dismenorrea membranosa è l'espressione di affezione primaria o secondaria della mucosa uterina (endometrite).

2) Tale affezione è caratterizzata da una alterazione della mucosa, per cui questa in seguito a moderata proliferazione cellulare viene staccata dal tessuto sotto-giacente in totalità ovvero in frastagli più o meno grandi.

3) La loro espulsione avviene in regola per le contrazioni uterine, in seguito ad emorragia menstruale o non menstruale, per cui si genera ostruzione dell'orificio interno in causa delle membrane, ritenzione di sangue e dolori intensi.

4) La menstruazione non avendo che una parte secondaria nello sviluppo di questa affezione, ed essendo la formazione di membrane in nessun rapporto colla concezione, le denominazioni *dismenorrea membranosa* e *decidua menstruale* devono essere abbandonate e sostituite dalla denominazione *endometrite esfogliativa*.

5) L'esame microscopico delle membrane non dà risultati uniformi. In una serie di casi si trovano i normali elementi della mucosa uterina soltanto patologicamente aumentati: in un' altra serie alcuni di questi elementi, come ghiandole, epitelii sono scomparsi o degenerati, in altri casi poi la parte principale delle membrane è costituita o da connettivo embrionale, ovvero da epitelio pavimentoso, o da cellule a questo molto simili, solo od in unione col tessuto embrionale.

6) In tutti i casi si può constatare una produzione di cellule libere, rotonde, che costituiscono la causa principale del distacco della mucosa dal suo substrato.

7) Le alterazioni patologiche della mucosa uterina nella endometrite esfogliativa sembrano essere tali da non permettere lo sviluppo di un uovo fecondato nella cavità uterina, cosicchè le pazienti restano sterili per tutta la durata dell'affezione.

On the diagnosis aud treatment of the curable forms of fibroid tumours of the uterus. (*Sulla diagnosi e sul trattamento delle forme curabili dei tumori fibroidi dell'utero*); by Alfred Meadows. (*The obstetrical journal of Great Britain aud Jreland*, decembre 1875).

I rapporti anatomici dei fibroidi uterini coll'utero stesso costituiscono una dei punti più importanti ad essere precisati, poichè la questione del trattamento e medico e chirurgico riposa in gran parte, se non intieramente, su di ciò. È quindi della più alta importanza il sapere diagnosticare accuratamente la situazione di un dato tumore in riguardo all' utero stesso. Ora studiando la storia clinica dei fibromi uterini, si resta colpiti da una certa specie di contrasto, che esiste fra due dei loro sintomi culminanti, l'emorragia, cioè, ed il dolore. L'emorragia da una parte col corteggio delle sue conseguenze, d'altra i dolori di svariata natura costituiscono spesso due quadri speciali, che noi troviamo isolati in donne affette da fibromi uterini. Questo contrasto nel quadro clinico della malattia non tiene ad una differenza radicale nella natura del tumore, ma

invece alla diversa sede del tumore nei due casi. Nel primo caso il tumore dimostra la sua sede verso la cavità uterina, nel secondo verso la sierosa. In questo caso viene disteso il rivestimento sieroso, vengono compressi i visceri circostanti e le parti sensibili ed il dolore ne è il risultato caratteristico: nell'altro caso il tumore si spinge verso la cavità uterina, spingendo la mucosa avanti di sè, agisce da corpo straniero ed a guisa del prodotto del concepimento vi provoca un afflusso considerevole di sangue, ne esagera la funzionalità, e le perdite mucose e muco-sanguinolente ne sono il risultato. Quindi prima ancora di un esame fisico accurato esterno od interno la storia clinica del caso ne suggerisce una diagnosi preliminare, che l'esame ulteriore tenderà a confermare.

Stabilita l'esistenza di un fibroma uterino in un dato caso, il primo punto a determinarsi in pratica si è il trattamento più proprio da adottarsi. Ora la curabilità di un fibroma uterino dipende in massima dalla sua posizione in riguardo alle pareti uterine, per cui la diagnosi delle forme curabili dei fibromi uterini si risolve nella diagnosi dell' esatta situazione del tumore in riguardo alle pareti uterine. A tale scopo l'Autore in base alla propria esperienza attacca molta importanza:

1. Al grado ed alla direzione dello spostamento cervicale, rilevato dall'esame digitale. Un tumore il quale sia intieramente entro l'utero, essendo centrale, non sposta il collo in alcuna direzione: per cui se il collo è in posizione normale, il tumore è probabilmente un polipo intrauterino.

2. Ai cangiamenti dell'orificio e del collo uterino, in riguardo all'apertura del primo e al diametro ed alla consistenza del secondo. Un orificio chiuso, con un collo piccolo, di normale consistenza, sono, secondo l'esperienza dell'Autore, un indizio quasi fatale d' incurabilità. Egli naturalmente non intende parlare dei polipi intrauterini, poichè per questi può avvenire, che sieno attaccati al fondo e che il collo e l'orificio abbiano subito pochi cangiamenti: in questi casi il canale cervicale può essere dilatato ed il tumore rimosso senza alcuna difficoltà. Le forme incurabili dei fibromi fanno aprire raramente o mai l'orificio uterino: ciò può scorgersi in modo evidente nei casi di tumori prettamente sotto-sierosi. Un orificio aperto sta a favore di una rimozione facile e fortunata, indicando che il tumore si spinge verso la cavità od invade il segmento inferiore dell'utero. Un collo molle, elastico, con canale cervicale ampio, ci invita all' intervento chirurgico; un collo piccolo, duro, con canal cervicale poco ampio ci rende diffidenti.

3. All'uso della sonda, la quale ci permette di rilevare le dimensioni dell'organo e la forma della cavità uterina, specialmente in riguardo all'apparente esistenza in essa di un corpo straniero: se il tumore è abbastanza grande da essere sentito esternamente, si baderà se la sonda partecipa ed in quale estenzione ai movimenti impressi al tumore con manovre esterne.

La difficoltà di determinare l'esatta situazione pel tumore è molto

più grave, se il tumore invece di aver sede nella parete posteriore, l'avesse nella parete anteriore: questi casi indubbiamente più gravi e pericolosi sono anche fortunatamente i più rari.

L'Autore passa quindi a considerare i varil modi di trattamento. Anzitutto quale valore si può concedere ai varii rimedii proposti per tale affezione? L'Autore si dichiara contrario all'uso dei cosidetti rimedii assorbenti, iodio, bromo, mercurio ecc., e loro composti, che, applicati esternamente od amministrati internamente, mentre non corrispondono allo scopo, che si prefiggono i medici, danneggiano poi positivamente la nutrizione generale. Vi sono però alcuni rimedii, che l'esperienza ha dimostrato possedere un valore ben definito nella cura di questi tumori. Appartengono essi ai rimedii cosidetti oxitocici, fra cui primeggia la segale cornuta. Questi rimedii eccitando la contrazione delle fibre muscolari dei vasi arteriosi e delle fibre uterine, diminuiscono l' afflusso del sangue al tumore, e non solo ne prevengono l'aumento, ma ne possono ridurre la massa, lentamente togliendogli il nutrimento. L'Autore non vide tumori fibrosi scomparire completamente con tale cura, ma ne osservò alcuni ridotti considerevolmente di volume e divenuti praticamente inerti. Il successo del trattamento dipende naturalmente moltissimo dalla situazione e dalla natura del tumore: i risultati più soddisfacenti si ottengono nei casi, in cui il tumore è molle, non molto stipato, circondato per ogni dove dalle fibre uterine, dalla cui contrazione vien quasi spremuto. L'Autore potè somministrare la segale a dose discreta senza alcun danno per tre, sei, nove ed anche dodici mesi. L'Autore reputa pure vantaggiosa la somministrazione del cloruro di calcio, benchè non abbia mai osservato quegli effetti ad esso attribuiti da Duncan.

L'Autore passa quindi all'esame dei varii modi di trattamento chirurgico. Ai fibromi sotto-peritoneali non è applicabile che un sol metodo: la gastrotomia o la gastro-isterotomia. Onde accingersi a questa formidabile operazfone dovrà badarsi che il tumore sia libero, attaccato all'utero per stretto peduncolo, ovvero che il tumore sia collocato sul fondo dell'utero in modo che il corpo dell'utero stesso possa servire di peduncolo.

Quanto ai fibromi uterini ricoperti soltanto dalla mucosa è facile raggiungerli o dilatando od incidendo il collo. L'Autore preferisce il primo mezzo, se il collo è piccolo, sano, non invaso del tumore; preferisce il secondo, se il collo è grande, spesso, invaso pur esso dal tumore. La capsula, da cui questo è involto, viene incisa col tagliente o lacerata col dito: l'Autore dà la preferenza a quest' ultimo mezzo, perchè più facile e perchè è più difficilmente seguito da emorragia: se il distacco non è completo, la segale cornuta potrà effettuarlo. Quanto alla varietà dei fibromi intramurali, innichiati completamente nella sostanza dell'utero stesso prevalgono opinioni diverse sull'opportunità dell' intervento chirurgico. L'Autore è partigiano dell'intervento: certo la questione

riposa in gran parte sulla conoscenza dell'esatta situazione del tumore. L'enucleazione sarà sempre possibile, se il tumore anche dal lato peritoneale è ricoperto da uno strato di tessuto uterino abbastanza spesso da rendere evitabili le lesioni della sierosa. La difficoltà di raggiungere il tumore e rimuoverlo è proporzionata alla sua vicinanza alla cervice; se il tumore ha sua sede nella parete posteriore ed è grosso come una testa di feto a termine, esso avrà invaso probabilmente anche una parte del collo. I casi nei quali l'enucleazione torna impossibile, sono quelli, in cui il tumore è quasi immedesimato colla sostanza uterina. Se il tumore ha sede sulla parete anteriore, i procedimenti sono eguali, ma è di gran lunga superiore il pericolo per la paziente, poichè, secondo l'esperienza dell'Autore, la parete uterina anteriore è molto meno tollerante di ogni maneggio operativo e insorgono frequentemente la cellulite e la cistite. L'Autore non fa parola intenzionatamente dei fibromi interstiziali del fondo dell'utero, perchè crede opera sommamente difficile e pericolosa l'accingersi alla loro enucleazione.

Sarcoma uteri (*Sarcoma dell'utero*); by ALEXANDER RUSSELL SIMPSON. (*Edimburg medical Journal*, January, 1876).

Uno dei molti servizii reso da Virchow alla patologia si è di aver tolto alla parola sarcoma il significato vago, in cui soleva essere adoperato, di avere raccolto sotto tal nome un gruppo determinato di tumori, di averne accuratamente indicata l'origine e descritta la struttura, definendo chiaramente i rapporti, che intercedono tra esso e gli altri gruppi affini. Ma benchè qua e là si trovino pubblicati molti casi di sarcoma dell'utero, non è che dopo la pubblicazione della memoria di Gusserow (*Archiv f. Gynaekologie*, B. 1, 1870, p. 240), che tale argomento attrasse la dovuta attenzione e la letteratura ginecologica venne dopo arricchita dai lavori di Hegar, di Vinckel, di Spiegelberg, di Leopold e specialmente dalla elaborata tesi di Kunert, un estratto della quale apparve negli *Archiv f. Gynaek.* del 1874. Nei trattati di ginecologia tale argomento venne quasi soltanto sfiorato e non è che nei recentissimi di Schroeder e di Thomas, che gli venne concesso un distinto capitolo.

La memoria dell'Autore è basata sopra quattro osservazioni proprie, così riepilogate:

Caso I. — Probabile fibro-mioma. Ripetuta rimozione e guarigione. — Sviluppo di mio-sarcoma. Rimozione e guarigione. — Sviluppo di sarcoma. Rimozione di una parte di esso e morte della paziente.

Caso II. — Sarcoma intrauterino. Rimozione e guarigione in due riprese. Morte dopo cinque anni e quattro mesi. Autopsia.

Caso III. — Sarcoma intrauterino. Inversione dell'utero. Amputazione coll'*écraseur*. Morte. Descrizione del tumore.

Caso IV. — Sarcoma intrauterino. La paziente è ancora in osservazione.

Esposte queste osservazioni, l'Autore esamina i sarcomi dell'utero dal punto di vista eziologico, diagnostico, pronostico e terapeutico.

La sua esperienza non conferma il fatto enunciato da altre statistiche, che la nulliparità favorisca lo sviluppo del sarcoma dell'utero. Di quattro una era nubile, e tre erano maritate con prole. Quanto all'età la più giovane aveva 41 anni, la più attempata 72 all'epoca della loro morte.

L'Autore non conosce casi di gravidanza complicata colla presenza di un sarcoma uterino, come avviene invece qualche volta nei casi di mioma e di carcinoma, probabilmente perchè il sarcoma invade quasi senza eccezione la cavità uterina. Perdite sanguigne e leucorroiche ne formano il triste corteo, come in altre forme neoplastiche. Il dolore invece, secondo l'esperienza dell'Autore, mancherebbe molte volte, e nelle donne affette da sarcoma intrauterino non si hanno quegli intensi parossismi dolorosi con un grado marcato di periodicità, che James Simpson riteneva caratteristici del cancro intrauterino. L'utero benchè espanso non forma che raramente un tumore addominale, eccettuati quei casi, in cui ci troviamo di fronte ad un mio-sarcoma, ovvero quando un tumore fibroide subì la degenerazione sarcomatosa. L'utero rimane mobile, ammenochè il tumore sia così grande da essere incarcerato nella pelvi, ovvero si formino aderenze infiammatorie degli organi pelvici, eventualità rare, ove si tratti di vero sarcoma. Il riscontro vaginale avverte non la superficie indurita, irregolare delle masse epiteliali, ma la superficie soffice, vellutata, friabile di una produzione sarcomatosa. Del resto un'esatta diagnosi potrà solo farsi quando un fragmento di essa potrà essere sottoposto all'esame microscopico.

Il grado relativo di malignità di questo neoplasma può essere indotto dal fatto, che West ne tratta nello stesso capitolo dei polipi fibrosi, mentre Barnes gli dà un posto fra i cancri. Benchè la malattia mostri una distinta tendenza a rimanere localizzata nell'utero, pure sembra che solo in un caso (quello di Vinckel), la rimozione del tumore sia stata seguita da guarigione radicale. L'esperienza dell'Autore conferma il generale verdetto, che, quantunque tale neoplasma non cagioni così intense sofferenze e così rapido deterioramento costituzionale come il cancro, pure ha tendenza costante a recidivare, dopo la sua apparente completa estirpazione, e conduce più o meno tardi ad esito fatale.

Pure, benchè la prognosi sia così infausta, le pazienti non devono essere abbandonate in braccio ad un disperato nichilismo terapeutico. Se il neoplasma è nei primi stadii, esso può essere rimosso colla sicurezza di sollevare immediatamente le sofferenze e coll'aspettazione giustificata che per qualche tempo, qualche volta anche per anni, il progresso della malattia venga arrestato e la paziente venga ridonata ad uno stato di relativo benessere.

Contribution a l'étude des compressions pelviennes, que peuvent occasionner les tumeurs fibreuse de l'utérus et des moyens qu'on peut leur opposer; par le dott. Jude Hüe.

Una fra le terribili conseguenze dei fibroidi uterini è la compressione da essi esercitata sugli organi vicini, specialmente quando il tu-

more, incarcerato nella piccola pelvi fra pareti inestensibili, vi si sviluppa senza elevarsi al disopra del distretto superiore. Sopra dodici casi raccolti dall'Autore, la morte venne causata in undici per gli effetti svariati di detta compressione, e nel dodicesimo, appartenente a Depaul e nel quale si avevano sintomi di strozzamento interno, causati dalla presenza di un fibroide uterino complicato a gravidanza, la morte venne scongiurata colla provocazione dell'aborto. Oltre allo strozzamento intestinale, possono aversi albuminuria, uremia ed alterazioni gravissime renali. Nei casi di compressione del retto la gravità degli accidenti non è sempre dovuta a questa unica causa, ma vi concorrono altre circostanze, quali la durezza e l'accumulo delle feci, la peritonite, le briglie peritoneali, ecc.

In tali casi si deve insistere nelle manovre idonee a respingere il tumore al disopra del distretto superiore, essendo questa l'unica àncora di salvezza per la paziente: e l'Autore avvalora l'asserto pubblicando due osservazioni, in cui appunto il tumore potè essere respinto felicemente, esercitando su di esso pressioni metodiche e progressive.

Voluminoso prolasso estra-vulvare costituito da arrovesciamento della vagina contenente l'uretra, la vescica e la porzione sopravaginale del collo della matrice enormemente allungata ed associato a cancroide della porzione intra-vaginale del collo uterino stesso e del fornice vaginale, operato colla galvano-caustica; Guarigione. Nota del prof. Francesco Rizzoli.

Colla pubblicazione di alcuni casi da lui osservati e resi già noti prima della pubblicazione della memoria di Huguier sull'allungamento ipertrofico del collo dell'utero, l'Autore intende a dimostrare come sia inesatto attribuire esclusivamente ad Huguier il merito di averne precisato il diagnostico e additato il trattamento. Fra i casi occorsi al Rizzoli, due meritano particolare menzione, perchè in uno di essi l'ipertrofia longitudinale della porzione sopra-vaginale era associata alla ipertrofia della porzione sotto-vaginale e perchè nell'altro si aveva ipertrofia longitudinale sopra-vaginale di un utero doppio e biloculare.

L'Autore, ciò premesso, passa alla esposizione del caso, che forma l'oggetto della presente comunicazione. Accertatosi con accurato esame che gli esterni tessuti adiacenti alla località affetta erano in stato d'integrità e che il canale cervicale era immune dall'affezione cancerigna, si decise all'operazione.

Partigiano della perineo-cheilorafia nei casi di semplice allungamento ipertrofico del collo, in questo caso per la natura e per la diffusione stessa del male alla volta vaginale, dovette praticare l'esportazione del collo unitamente alla porzione superiore della vagina. Messa la donna nella solita posizione, alla distanza di un centimetro dai limiti del cancroide vaginale, fece alla destra della vagina una incisione longitudinale di circa due centimetri interessante tutto lo spessore della vagina. Insinuato l'indice entro tale incisione, per mezzo suo e coll'aiuto di con-

venienti pressioni fatte all'esterno sul tumore, potè allontanare e spingere in alto la discesa porzione di basso fondo della vescica ed annessi, e circondare con un' ansa di platino la vagina alla distanza di sei centimetri da' suoi attacchi col collo uterino, comprendendovi la porzione sopra-vaginale del collo in essa nascosta. Resa incandescente l' ansa galvanica, e già iniziata la divisione della vagina, essendosi rotto il manubrio che portava l'ansa stessa, dovette continuare la divisione delle parti molli mediante il coltello galvanico. Giunto in tal modo contro l'allungato collo uterino, trovando dello stento a reciderlo col coltello incandescente, per non prolungare di troppo l'operazione, lo strinse colla sua pinzetta schiaccio-incisiva e del tutto staccatolo, cauterizzò la ferita col bottone galvanico. Tolta la pinzetta, il restante delle parti protruse rientrò da sè nella pelvi, per cui non appose alcuna medicatura. L'operata guarì perfettamente in breve tempo, e fu presentata alla Società medico-chirurgica di Bologna nella seduta scientifica del 20 settembre 1875.

On cancer of the ovary. (*Sul cancro dell' ovaio*) *;* pel dott. Foulis. (*Edimburgh medical journal*, March 1875).

L'Autore trattò quest'argomento in una lettura fatta innanzi alla Società medico-chirurgica di Edimburgo, il 3 febbrajo 1875. Anzitutto Foulis stimò opportuno intrattenere i suoi uditori sull'anatomia dell'organo, specialmente in riguardo allo sviluppo dei follicoli Graafiani. Waldeyer, la cui stupenda opera sullo sviluppo dell'uovo e dell'ovaio fu pubblicata in Lipsia nel 1872, fu il primo a descrivere l'epitelio germinale e a dimostrare la sua relazione collo stroma dell' ovaio. Egli dimostrò, che mediante un peculiare aumento dello stroma vascolare da una parte e dell'epitelio germinale dall'altra, piccole e grandi masse sferiche di quest'ultimo si formano una nicchia nello stroma dell'ovaio, e che parecchie cellule di ognuna di queste masse innichiate divengono cospicue pel loro diametro e pel diametro dei loro nuclei, mentre le altre cellule mantengono il loro diametro originale e circondano le grandi, formando come una specie di rivestimento epiteliare. Waldeyer chiama le grandi cellule uova primordiali. Le piccole cellule che circondano le uova primordiali, formano l'epitelio follicolare. Secondo Waldeyer dunque una genetica distinzione fra uova primordiali e cellule di epitelio follicolare non esiste: l'epitelio germinale è la fonte comune di entrambi.

Il dott. Foulis dimostra, che mentre tutte le uova derivano dai corpuscoli di epitelio germinale, le cellule di epitelio follicolare provengono dallo stroma e traggono la loro origine dai corpuscoli di tessuto connettivo. Secondo Foulis, tutti i corpuscoli innichiati sono uova potenzialmente, benchè molti di essi non raggiungono mai questo stadio di sviluppo. L'epitelio follicolare o la tonaca granulosa si forma invece nel seguente modo: In ogni parte dell'ovaio, ove le cellule di epitelio germinale si sviluppano in uova, i corpuscoli di tessuto connetivo si trovano in stretto contatto col protoplasma di esse, ed i nuclei di questi corpu-

scoli si rigonfiano e colla loro scissione danno luogo alle piccole cellule, che costituiscono l'epitelio follicolare o la tunica granulosa dei follicoli di Graaf.

Quale risultato di molte ricerche da lui fatte sullo sviluppo dei tumori cistici dell'ovaio, Foulis esprime l'opinione, che, quantunque nella maggioranza dei casi la distensione dei follicoli di Graaf sia il punto di partenza delle cisti ovariche, una volta incominciata l' affezione, vi sia formazione di nuove cisti nell'organo ammalato. Egli ha tracciato accuratamente lo sviluppo di piccole cisti, trovate soventi in gran numero nelle pareti di cisti madri e crede, che l'epitelio di queste piccole cisti è prodotto dalla proliferazione dei corpuscoli di tessuto connettivo in modo molto simile a quello, con cui avviene la formazione dell' epitelio dei follicoli Graafiani sani. Dopo aver stabilito, che ogni cisti, quantunque piccola, ha una distinta tonaca epiteliare, egli legge le seguenti brevi note di due casi di cancro dell'ovaio a dimostrare quanta importanza abbia l'epitelio delle cisti nella produzione di certe forme di affezione maligna dell'ovaio. Il primo caso riguarda una signora irlandese, che consultò il dott. Keith sopra un tumore dell'addome.

Il dott. Keith, all'esame della paziente avvertì un tumore semi-solido, più grande che la testa di un adulto, circondato da molto liquido ascitico. Mediante la paracentesi fatta in corrispondenza dell' ombellico, vennero evacuati due galloni di fluido tinto in rosso. Il sedimento venne sottoposto ad un accurato esame microscopico. Posta una goccia di esso sopra un vetro, si scorsero ad occhio nudo piccoli e numerosi corpi bianchi, varianti in diametro dalla testa di uno spillo a piccole picchiettature, che all'esame microscopico si trovarono non essere altro che piccole masse di cellule epiteliali e nuclei, proliferanti in modo straordinario: cellule epiteliari in ogni stadio di sviluppo erano sporgenti dalle piccole masse. Per la rigorosa rassomiglianza di queste cellule colle cellule della tonaca epiteliare di giovani cisti di un tumore ovarico, Foulis pensò che queste piccole masse fossero frammenti di epitelio sfuggiti da piccole cisti scoppiate e fluttuanti libere nel liquido ascitico. La paziente migliorò molto dopo la paracentesi e venne eseguita l' ovariotomia. Si rinvenne una massa fungosa della grandezza di un uovo, che cresceva dalla parete destra della pelvi, ed il tumore stesso era di natura maligna. Furono trovate alla superficie del tumore alcune piccole cisti scoppiate e molte altre parimenti piccole, intatte, riempite di grandi cellule epiteliali. In alcune di queste cisti l'epitelio era molto inspessito e sporgente a guisa di escrescenze papilliformi.

In un altro caso di donna affetta da tumore ovarico con liquido ascitico, Keith, avendo trovato nel liquido evacuato mediante la paracentesi e in grande quantità eguali masse di epitelio proliferante, in base all'esperienza dell'osservazione antecedente, si astenne dall'operare. Venuta a morte la paziente, il peritoneo si offrì sparso di piccoli nodnli bianchi di natura maligna. Anche il tumore era di natura maligna. In tutte le

cisti la tonaca epiteliare era enormemente inspessita, e la superficie interna di ogni cisti si poteva paragonare ad un tumore a cavolfiore. Esponendo questi due casi innanzi alla Società di Edimburgo, Foulis si propose lo scopo di richiamare l'attenzione sulle piccole masse di epitelio trovate nel liquido ascitico circondante un tumore addominale, come mezzo di diagnosi di tumore ovarico maligno e di maligna peritonite. Foulis opina, che in entrambi i casi la malattia fosse di origine ovarica e venisse quindi propagata alle pareti dal cavo addominale dalla disseminazione di detti elementi dalla sede primitiva della malattia alle parti vicine.

Zur Behandlung der Ovarialcysten und zur Teckuik der ovariotomie. (*Sul trattamento delle cisti ovariche e sulla tecnica della ovariotomia*). von Böecker (*Zeitschrift f. geburtsh. w. Frauenkrankh.* I. B. 2 H. 1875).

In questa memoria letta innanzi alla società ginecologica di Berlino, l'Autore prende le mosse da due osservazioni proprie, onde far note le proprie convinzioni sul valore terapeutico della punzione delle cisti ovariche, ed espone alcune modificazioni nei varii momenti dell'ovariotomia.

La prima osservazione risguarda una donna affetta da cisti ovarica, in cui alla punzione tenne dietro l'esito fatale per collasso. L'Autore per propria esperienza ritiene taii casi più frequenti di quello che non si pensi comunemente, e appunto perchè di rado tali casi vengono pubblicati, egli volle rendere il suo di pubblica ragione. Considerando da una parte i pericoli, dell'altra i pochi ed incerti vantaggi, che si ottengono dal metodo della punzione seguita o no da iniezioni iodiche nel sacco, egli pensa, che tale metodo non possa raccomandarsi. Sono pure da rigettarsi tutte le modificazioni, che si propongono, introducendo un corpo straniero nel sacco della cisti, di provocarne il raggrinzamento e la chiusura. La ragione la si deve ricercare nella struttura del sacco cistico, che mostra pochissima tendenza allo sviluppo di granulazioni.

La seconda osservazione riguarda una donna operata di ovariotomia con felice successo: il peduncolo venne strozzato con filo di seta, e quindi riposto, conducendo il filo all'angolo inferiore della ferita; il filo non si distaccò che 16 giorni dopo la operazione. Una si lunga dimora del filo nel cavo peritoneale e i pericoli che potrebbe apportare con sè, indussero l'Autore ad occuparsi delle questioni, che vertono sul trattamento del peduncolo ed a ricercare quale mezzo fosse più acconcio ad evitarne gli inconvenienti. L'Autore è partigiano della riposizione del peduncolo: i fili di legatura o si recidono rasente il nodo, o si conducono all'angolo inferiore della ferita; nel primo caso o vengono assorbiti o vengono incapsulati, nel secondo caso, una volta caduti, vengono allontanati mediante trazioni.

In Tubinga si adoperano fili di bianca seta inbevuti di *traumaticina* (è una soluzione di guttaperca nel cloroformio a consistenza sciropposa) e poscia essiccati. Il cloroformio evapora rapidamente e i fili restano impregnati di guttaperca, la quale impedisce che i secreti della ferita vi

si accumulino e si decompongano. Il metodo della riposizione e recisione dei fili in questi ultimi tempi ha guadagnato terreno specialmente per opera di Lister, il quale constatò che fili di catgut, lasciati per lungo tempo in soluzioni concentrate di acido carbolico, non solo hanno proprietà antisettiche, ma possono essere completamente assorbiti. L'Autore ebbe campo a convincersi della verità di queste affermazioni: egli richiama però l'attenzione dei pratici sopra un inconveniente dei fili di catgut, i quali si annodano difficilmente, mentre poi i nodi hanno tendenza a rilasciarsi.

Perciò l'Autore raccomanda un metodo, il quale permette di allontanare i fili dalla ferita dopo breve tempo. Questo metodo, adoperato nella clinica chirurgica di Tubinga sino dal 1868, venne designato dal professore V. Burns col nome di legatura amovibile o filopressura delle arterie.

Ueber Blutergüsse in die breiten Mutterbänder und in das den uterus umgebende Gewebe (*Sui versamenti sanguigni nei legamenti larghi e nel tessuto periuterino*; pel dott. Jacob Kuhn.

È questa una monografia completa sull' ematocele extra-peritoneale, denominazione impropria da surrogarsi, secondo l'Autore, con quella più adeguata di ematoma periuterino. L' Autore divide il suo lavoro in sei capitoli: Nel primo espone la storia e la casuistica dell'affezione, nel secondo l'anatomia patologica, nel terzo l'eziologia, nel quarto la sintomatologia, nel quinto la diagnosi, nel sesto la prognosi e la terapia.

Dopochè per opera degli Autori francesi venne attratta l'attenzione sulle emorragie, che avvengono nel bacino femmineo all' infuori del parto e del puerperio, i ginecologi, mentre si accordarono nello stabilirne la sindrome fenomenològica, non furono punto dello stesso avviso nello stabilire la sede. Così mentre Nelaton e Voisin accettano soltanto una emorragia intraperitoneale, Vigues opina, che l'emorragia sia sempre estraperitoneale. In quasi tutti i trattati di ginecologia, nel capitolo dell'ematocele, l'emorragia extraperitoneale ottenne un posto accanto all'intraperitoneale. Dopo i lavori di Virchow, il quale non ebbe mai a riscontrare alcun caso di emorragia extraperitoneale in un numero ingente di autopsie, taluni ne rifiutarono la possibilità. Tale opinione trovò appoggio in Schröeder, il quale in un suo lavoro sull'ematocele retro-uterino, venuto alla luce nel 1866, ammettendo come incontestabile l'emorragia extraperitoneale nell'epoca del parto e del puerperio, ritiene che all'infuori di tale epoca sia di una estrema rarità, e che sino allora non trovavasene nella letteratura medica un solo caso sicuramente constatato.

Prescindendo dai casi di Ott, di Bettschler, di Playfair, di Krieger, di Olshausen, di Männel, di Snow Beck, riportati dall' Autore nella sua monografia e sottoposti ad esame critico, Kuhn riporta sette osservazioni risguardanti ammalati curati dal prof. Frankenhäuser o nella sua pratica privata e nella sua clinica ginecologica. In due di questi casi

l'Autore ebbe la fortuna di constatare all' autopsia l' emorragia pelvica extraperitoneale.

Svolta la parte storica dell' affezione, espostane la casuistica, l' Autore passa nel secondo e terzo capitolo a studiarne l' anatomia patologica e l'eziologia.

In circostanze normali la stipatezza del connettivo periuterino opporrà tale ostacolo, che l'ordinaria pressione sanguigna non varrà a superare, o solo avrà luogo un insignificante stravaso sanguigno. Ma divenuto più lasso il connettivo per una causa qualunque (durante la menstruazione, per infiltrazicne edematosa, per degenerazione adiposa), ovvero aumentata la pressione sanguigna (epoca menstruale, gravidanza, parto), possono formarvisi abbondanti stravasi.

Il sangue stravasato non solo può divaricare le lamine di un legamento largo, ma di quivi, scavandosi una via laddove trova minor resistenza, spingersi nel legamento dell'altro lato, passando all'avanti o all'indietro dell'utero. Alle grandi emorragie non viene opposta una barriera insormontabile neppure dalla fascia pelvica interna, perchè questa, secondo i dati di Luschka, si presenta in alcuni luoghi smagliata e forata. A seconda della grandezza e della sede dello stravaso varieranno gli spostamenti dell' utero, delle trombe, ecc. Può avvenire la perforazione della vagina, del retto od anche del peritoneo, come avvenne in un caso seguito da morte, osservato dall'Autore.

Nel capitolo sull'eziologia l'Autore accenna alle solite cause predisponenti, all' esposizione delle quali fa precedere alcuni dati statistici sulla relativa frequenza dell' ematocele intra ed extra-peritoneale. Così sopra 320 ammalate curate nella clinica di Zurigo dal prof. Frankenhäuser si ebbero 15 casi di emorragie pelviche, e di essi cinque verosimilmente furono ematomi, rapporto di frequenza, che contrasta singolarmente colla sentenza di Küchenmeister, accetta d'altronde alla gran maggioranza dei ginecologi: « l'ematocele intraperitoneale è la regola, l'extraperitoneale l'eccezione. »

Rispetto alla diagnosi, l'affezione, con cui più facilmente può confondersi, è l'ematocele peritoneale. Se siamo chiamati sul principio dell'affezione, il compito può venire di molto facilitato. Nell'ematocele lo stravaso emorragico ha luogo nello spazio di Douglas, nel libero cavo peritoneale e discende quindi nelle parti più declivi di esso. Nelle prime ore dell'avvenuto stravaso, non essendo questo ancora limitato dalla concomitante peritonite adesiva, attraverso il cul di sacco vaginale posteriore, anzichè avvertire un tumore, il dito esploratore prova una sensazione indefinita come di liquido che sfugga: di più cambiando la posizione dell'ammalata si viene a spostare il sangue stravasato. Altrimenti avviene nell' ematoma periuterino, in cui lo stravaso avendo luogo nel connettivo sotto sieroso, il sangue stravasato è limitato da naturali confini, cui non può superare che molto difficilmente. Quindi poichè il sangue non si versa uniformemente nel connettivo sotto-sieroso, si avver-

tirà all'esplorazione un tumore ineguale, pastoso, teso, che non si sposta cangiando la posizione della paziente, e spinge più in basso il cul di sacco vaginale posteriore o s'insinua nel tramezzo retto-vaginale. L' Autore ritiene inesatta l'opinione di Breslau, secondo la quale l'ematoma inalzerebbe l'utero, l'ematocele l'abbasserebbe; ciò dipende molto da condizioni individuali e dal grado di rilasciatezza dei legamenti sacro-uterini, Nell'ematocele più di sovente l' utero è spinto contro la sinfisi pubica, nell'ematoma lateralmente. In questo l'utero non perde la sua mobilità come nell'ematocele, ma la conserva benchè in lieve grado e si lascia muovere unitamente al tumore. I fenomeni di anemia rapidamente insorta all'epoca menstruale unitamente ai sintomi di peritonite caratterizzano l'ematocele. Quindi i dolori da essa dipendenti, continui, esacerbantisi alla pressione, ed accompagnati da meteorismo e movimento febbrile. Nell'ematoma invece i dolori si assomigliano alle doglie del parto, non si esacerbano alla pressione, sono intermittenti in relazione colla lacerazione del connettivo sieroso, non sono accompagnati nè da febbre nè da meteorismo. Siccome nell'ematoma l' emorragia ha luogo fra le pagine di un legamento largo e di quivi il sangue stravasato può farsi strada avanti o dietro l'utero sino al legamento dell' altro lato, così la ricognizione di un ponte, che unisca due tumori laterali, è uno dei migliori segni dell'ematoma e depone contro l'ematocele. Tale fatto venne verificato tre volte dall'Autore.

Kuhn aggiunge considerazioni diagnostiche atte a differenziare l'ematoma periuterino dalla parametrite, dalla perimetrite e dai tumori di ritenzione, considerazioni, che io qui tralascio, perchè si possono riferire anche all'ematocele e vengono quindi riportate da tutti i trattatisti di ginecologia.

Quanto alla terapia, l' Autore, mentre concede d' accordo cogli altri ginecologi, che nell'ematocele la cura debba essere puramente aspettante, non ritiene poi del tutto giustificata una tale aspettazione nell'ematoma. Quindi nei grandi ematomi, in cui si può temere la perforazione del peritoneo, l'Autore consiglia la puntura mediante un trequarti attraverso la vagina o l'intestino retto.

Sulla fecondazione artificiale degli animali; Sperienze del professore Moriggia.

La sterilità è uno degli argomenti più vagheggiati da statisti e da medici, e mentre i primi la studiano in armonia coll'economia sociale, i secondi ne vanno scrutando continuamente le cause e pongono ogni loro studio nel cercare i mezzi più appropriati, onde apporvi riparo. La fecondazione artificiale della cagna ottenuta dallo Spallanzani, ebbe realmente nella specie umana quelle applicazioni preconizzate dal Bonnet in una sua lettera all'illustre naturalista, nella quale chiama tale scoperta con espressione enfatica una delle più grandi e più interessanti novità offertesi agli occhi dei naturalisti e dei filosofi dopo la creazione del mondo. Ed i risultati ottenuti nella specie umana, benchè scarsi (Girault

per altro sopra 12 donne operò 27 iniezioni di sperma e ne fecondò 8, di cui una gemellò) meritano che si ritenti la prova. Il professore di Roma tentò la fecondazione artificiale con sperma raccolto in soluzioni saline nella supposizione che convenga assai più la fecondazione in simile maniera che col solo sperma, come si praticò dai precedenti esperimentatori, « sia perchè la semenza diluita può meglio penetrare la cavità uterina, ma più ancora perchè lo sperma solo è difficile a maneggiare nelle siringhe o nelle sonde per la naturale sua densità e per la facile coagulazione, formazione di grumi, ecc.: infine perchè la soluzione salino-spermatica, mantenendo per lungo tempo gli spermatozoi vivi, permette un lasso di tempo assai maggiore al medico fecondatore per operare, anzi replicare diverse volte nella medesima seduta la iniezione fecondante, praticarla anche con traccie minime di sperma, quando di questo siavi scarsità, e nel caso d'impotenza maritale, fecondare per chi ne avesse talento con sperma anche di sconosciuto, all'infuori di ogni gelosia, la propria moglie. » Moriggia sperimentò sopra tre porcelline lo sperma di porcellino d'India adulto e robusto, sospendendolo in soluzione di fosfato sodico 3 a 5 0[0, leggermente albuminosa per mescolanza di un po'di sangue. Finora i risultati furono negativi, ma essi non devono far sbandire questo modo di fecondazione artificiale « se non quando le esperienze tentate saranno moltissime e svariatissime per natura, condizioni di vita, di età, ecc., degli animali maschi e femmine (notisi che nelle fatte esperienze le porcelline vennero conservate in rigoroso sequestro dai maschi), natura, quantità dei liquidi conservatori dello sperma, modo, intervalli della siringazione, tempo, luogo di pigliar lo sperma del maschio (nelle esperienze sopraccennate venne preso ai due canali deferenti ed in parte all'epididimo), sua quantità, ecc. »

Effetti del muco acido genitale della donna sui nemaspermi; Sperienze del prof. Moriggia. Roma 1875.

Fra le varie cause di sterilità annoverasi da molti una, la quale agirebbe chimicamente distruggendo la vitalità degli spermatozoi, voglio dire l'acidità del muco genitale in donne affette da scoli leucorroici. Donné, Goudard ed altri osservarono la morte degli spermatozoi, ponendoli a contatto con liquido vaginale muliebre assai acido, e Martemucci avrebbe, per così dire, offerto la controprova clinica, riuscendo a rendere feconde alcune donne coll'uso esterno ed interno degli alcalini. L' Autore volle porre al crogiuolo dell'esperienza tali opinioni e tali fatti, cimentando direttamente la vitalità degli spermatozoi del porcellino sulla vagina di alcune prostitute affette da scoli acidi dei genitali. Dalle sue esperienze induce l'Autore essere i medici e gli ostetrici stati forse troppo corrivi nel dichiarare la mucosità acida vaginale causa frequente di sterilità, non potendo paragonarsi il modo di agire di un liquido acido anche dilutissimo, col modo di agire del muco, dove gli effetti dell' acido possono essere temperati dalla ricca presenza di sali e di albuminoidi.

L'Autore conclude, che la possibilità di lesione degli spermatozoi per parte del muco, la si troverà ancora diminuita ove si pensi:

1° Che nel coito la maggior parte dello sperma è venuta in prossima vicinanza dell' orificio uterino, dove rimane ai nemaspermi brevissima strada a porsi in salvo nell'utero stesso, in cui il muco suole essere od assai meno acido o leggermente alcalino.

2° Che alla fecondazione forse basta un solo spermatozoo della quantità immensa, che se ne trova disseminata nella vagina, dove si riscontrò per taluni depositato dal coito da 1 perfino a 7 centimetri cubi di sperma;

3° Che secondo le esatte osservazioni di Sims, gli spermatozoi possono penetrare direttamente nel canale cervicale durante l'eiaculazione senza obbligo di passare per la strada acida della vagina.

4° Che lo sperma è per sè leggermente alcalino;

5° Che solo i filoni periferici del liquido spermatico vengono in contatto colla mucosità acida e col ciottolato dei corpuscoli muco-purulenti incagliatori dei moti spermatici;

6° Che l'acidità del muco sotto l'eccitazione venerea deve forse diminuire per la rapida formazione o l'aggiunta di copiosa, fresca e perciò forse meno acida mucosità;

7° Che il denso sperma si mesce assai difficilmente col muco pure in generale discretamente denso e ciò perfino sotto la bacchetta agitatrice fuori dei penetrali genetici.

8° Che finora (come risulta dal lavoro antecedente) non è sperimentalmente dimostrato, che le soluzioni saline conservino agli spermatozoi insieme al moto la virtù fecondante.

Considerazioni sulla cura delle fistole vescico-vaginali colla dimostrazione di alcuni nuovi strumenti per operare; Discorso pronunziato nella terza sezione del Congresso di Bruxelles da L. Amabile.

Di fronte ad una fistola vescico-vaginale, a questa disgustosa infermità, la quale se non pone a pericolo la vita, distrugge però l'esistenza sociale della donna, il chirurgo si propone di ripararvi in tre modi, o provocando coi caustici un rigoglioso processo di granulazione ed abbandonando quindi agli sforzi della natura il coalito, ovvero coadiuvandolo con mezzi unitivi, ovvero ottenendo il coalito immediato mediante l'avvivamento e la sutura delle labbra della fistola. Quest'ultimo mezzo già forse proposto ed applicato in Olanda dal Roonhuysen nel 1663, applicato poi dal Voelter e più tardi dal Fatio, chiamato a nuova vita da Jobert de Lamballe, non si diffuse, che quando Bozeman e Sims venuti d'America ad insegnarci il loro processo, ci meravigliarono cogli splendidi successi ottenuti mediante il loro metodo. Ma l'ultimo venuto fece da molti dimenticare o sbandire affatto gli altri mezzi, che pure non lo meritavano e perchè alla mano di tutti per la loro semplicità e perchè hanno proprie e speciali indicazioni, e perchè diedero e dànno anch'essi risultamenti felici.

La causticazione pura e semplice dovrà rimanere almeno per le fistole in formazione, nelle quali l'impiego di qualunque mezzo di riunione riesce difficilmente efficace. Quanto al secondo metodo, Amabile lo crede formalmente indicato per le fistole infundiboliformi, per le fistole a tragitto lungo e sinuoso, per le fistole estremamente piccole, nelle quali la sutura è difficile ed il più delle volte non riesce. Partigiano dell'avvivamento mediante antecedente scarificazione, l'Autore impiega l'acido solforico diluito per operare la cauterizzazione, portando l'acido a contatto della parte o mediante pennello di amianto o mediante speciali bacinetti di forma diversa a seconda della regione e fissando dapprima la fistola mediante placche metalliche. Per le fistole di piccole dimensioni egli adopera un filo di rame ripiegato nel mezzo ad ansa strettissima accuminata e ravvolto a spirale nei due estremi reso incandescente mediante lampada a spirito. Quanto agli istrumenti di unione, Amabile descrive i rastrelli da lui ideati, che si possono preparare anche al momento con una lamina di maillechort. Con questo mezzo egli ottenne sei successi sopra sette operazioni. Essi sono costituiti da placche rettangolari munite su uno dei lati più lunghi di denti distanti 7 ad 8 millimetri ed alti altrettanto, ricurvi: una di queste placche porta un'appendice, che si articola nell'appendice a coulisse della placca, che uncina il lato opposto. Un filo di lino o di seta passa nelle due placche e chiude l'apparecchio.

Adottando il processo americano, l'Autore tiene la donna in posizione dorsale e adopera alcuni strumenti di sua invenzione, destinati a facilitare l'operazione e far senza di alcuni assistenti. Egli presentò al Congresso un porta aghi d'una forma speciale, che permette di servirsi degli aghi delle macchine da cucire, due aggiustatori speciali per fissare il senso della sutura metallica prima di torcere il filo, uno speculum, la cui parte esenziale è sempre costituita dalla valva di Sims, ed a cui egli aggiunse due elevatori per la parete anteriore della vagina e due elevatori laterali, che egli fa agire mediante viti di richiamo e viti motrici, colle quali si può fissare lo speculum senza che la donna rimanga menomamente immobilizzata.

Note sur un cas de rectocéle vaginale; par le dott. Molliere. (*Annales de gynecologie*, Août 1875).

Costanza P., di 50 anni, presentava tutti i sintomi dell' affezione descritta sotto il nome di rettocele vaginale. Ogni volta che la paziente voleva avere benefizio di corpo, un tumore del volume di un arancio, divaricando le grandi labbra, protendeva dalla vulva. Il tumore era liscio, regolarmente sferico, molle e facilmente riducibile. La mucosa vaginale, che lo ricopriva, aveva il suo aspetto ordinario. Mediante l'esplorazione ordinaria poteva constatarsi, che il tumore era formato da una dilatazione dell'ampolla rettale, al disotto della quale lo sfintere aveva conservato la sua tonicità normale. L'ammalata presentava inoltre, ma in un grado poco avanzato, i sintomi di un cistocele vaginale. L' utero, molto ipertrofico, con un collo largamente aperto e che ammetteva quasi

l'estremità dell'indice, era leggermente abbassato. Riuscito inutile ogni trattamento incruento, l'Autore passò al seguente atto operativo: Dapprima introdusse nel retto un pessario Gariel, rigonfiandolo in modo da far sporgere fuori della vulva la tasca morbosa, come avveniva appunto durante la defecazione. Disseccò quindi sulla parte sagliente del tumore un lembo ovalare di 5 a 6 centim. di lunghezza sopra tre o quattro di larghezza, ed escise dopo questo lembo, che comprendeva tutto lo spessore della mucosa vaginale ed una gran parte del cellulare. Il pessario Gariel gli servì egregiamente e per avere una relativa emostasi per compressione e per rispettare più agevolmente le pareti del retto. La vasta ferita risultante fu riunita mediante tre punti di sutura incavigliata e tre punti di sutura metallica più superficiali. La guarigione avvenne per prima intenzione.

L'Autore si dimanda, se il risultato giustifica l'operazione da lui praticata e se si possono sperare da essa durevoli effetti.

L'Autore a tal uopo distingue in tre classi il rettocele vaginale a seconda dell'elemento patogenetico, secondochè vi hanno cause che hanno agito sul retto, dilatandolo, cause che hanno agito sulla vagina, dilatandola, cause che hanno agito sulla vagina, distruggendo i suoi mezzi di fissità. Nei casi della seconda categoria, egli crede che tale atto operativo sia indicato, innocuo e tale da far sperare ottimo e durevole risultato.

Perivaginite flemmonosa dissecante; pel prof. Bizzozero. (*Gazzetta delle cliniche* 2 febbraio 1875) (*Annales de gynecologie*, *sept.* 1875).

Di questa rara affezione vennero citati due esempi da Marconnet, e ne venne pubblicato un terzo da Minkewitsch. L' osservazione di Bizzozzero sarebbe la quarta e riguarda una donna di 38 anni, la quale al suo ingresso nell' ospedale presentava cefalea intensa, febbre elevata, sete viva, costipazione, dolori all'ipogastrio: dopo qualche giorno vi si aggiunse difficoltà nel mingere, la quale richiese il cateterismo. Al dodicesimo giorno, nel praticare il riscontro vaginale, si distaccò un corpo, che si riconobbe non essere altro che la parete vaginale stessa, unitamente alla porzione vaginale del collo uterino. A questa eliminazione della vagina tenne dietro una diffusa perimetrite, la quale migliorata in breve tempo, permise all'ammalata di lasciare lo stabilimento un mese dopo il suo ingresso. Nè conseguì una stenosi cicatriziale della vagina per cui il dito esploratore non raggiungeva l' utero che a stento e traversando un anello fibroso, duro, resistente.

Ueber deu primären scheidenkrebs; (*Sul cancro primitivo della vagina*) von dott. O. Künstner. (*Archiv. f. gynäck.* 1876, 2 H.).

Il cancro primitivo della vagina si ritiene tuttodì dalla maggior parte dei ginecologi come molto raro, malgrado l'opinione contraria di West, che nella edizione del suo trattato pubblicata nel 1870, dà un riassunto di 19 casi da lui osservati e malgrado il dubbio emesso da Wagner nella bella sua monografia sul cancro dell'utero.

L'Autore, prendendo le mosse da due osservazioni proprie, di cui l'una

raccolta nella clinica ginecologica di Halle e l'altra a lui fornita dalla pratica privata del prof. Olshausen, studia l'argomento, basandosi sopra 22 osservazioni, tratte dalla letteratura ginecologica (non comprese quelle di West). Egli inclina alla opinione emessa dal ginecologo inglese e si spiega la rarità del cancro primario della vagina col fatto, che alla prima consultazione medica in genere l'affezione si è già diffusa dalla vagina alla porzione vaginale del colle uterino. Sarebbe per altro inesatto dal grado maggiore o minore, in cui l'utero o la vagina sono invasi dal neoplasma, il voler conchiudere in quale dei due organi siasi svolta l'affezione in modo primitivo. Soltanto l'osservazione clinica potrebbe decidere la questione con certezza e tale osservazione si verificò per la vagina soltante in tre casi, in quelli, cioè, di Mayer, di Schröeder e nel secondo riportato dall'Autore.

Les mamelles et leurs anomalies étudiées au point de vue de l'anatomie, de la physiologie et de l'embryogénie; par le dott. ALBERT PUECH. (*Paris* 1876).

L'Autore divide il suo lavoro in tre parti: la prima comprende le considerazioni sul modo di sviluppo e di aumento della ghiandola mammaria, la seconda tratta delle anomalie di funzione e la terza delle anomalie, di cui l'organo è suscettibile:

I. Le mammelle non si sviluppano punto a spesa di un organo transitorio, come l'ovaio, la tromba e l'utero, ma la loro parte essenziale è formata dall'introflessione del foglio superiore blastodermico o corneo di Remak, come avviene per le ghiandole sebacee e sudorifere. La loro apparizione è generalmente tardiva e se ne possono constatare i primi rudimenti a due mesi e mezzo della vita embrionale. Sopra un embrione della lunghezza di sette centimetri e mezzo, Langer, al quale si devono le prime ricerche precise in proposito, trovò alla superficie della pelle una piccola fossetta circondata da una piccola corona appena rilevata; al centro sta un corpuscolo lenticolare ricoperto dalla pelle. Il cerchio chiaro, che circonda la piccola eminenza e che è l'areola futura, non si ricopre di peli e segna da tale epoca il volume della ghiandola mammaria intiera durante la vita embrionale.

L'Autore fino dal 1870, esaminando il modo di sviluppo dei capezzoli nei ruminanti, era venuto alla conclusione, che le papille mammarie, della specie umana ed i cappezzoli della specie bovina invece di essere formazioni omologhe, rappresentavano due tipi perfettamente distinti. Mentre nell'embrione umano il cingolo cutaneo, che si eleva all'intorno del corpo lenticolare, non si sviluppa ulteriormente ed il corpo lenticolare cresce in altezza sotto forma di papilla conica, nei ruminanti invece il corpuscolo lenticolare non si sviluppa, restando nascosto nella base del cingolo, il quale prolungandosi straordinariamente diventa il peccio dei ruminanti. Inoltre le aperture dei canali galattofori, che finiscono nell'uomo alla estremità della papilla, si arrestano nel vitello alla radice del canale conducente al peccio.

I condotti galattofori, che formano la parte essenziale della ghiandola, non appaiono in modo ben netto nella specie umana che dal sesto al settimo mese. A quest'epoca essi irradiano dalla fossetta centrale verso la periferia. Le loro estremità terminali sono chiuse, di lunghezza ineguale, e spingono poscia dodici a quindici germogli, i quali già evidenti all'ottavo mese, rappresentano alla fine della gestazione una rosetta elegante con appendici, le une corte e semplici, le altre bifide, le cui branche portano alla loro estremità uno o parecchi bottoni. Ciascuno di questi germogli è il punto di partenza di altrettanti lobi della ghiandola mammaria. L'Autore segue quindi lo sviluppo della ghiandola mammaria nei suoi periodi ulteriori, che egli distingue come segue: 1° Periodo d'aumento, dalla formazione dell' organo al primo allattamento; 2° periodo di stato dall'allattamento alla menopausa; 3° periodo di declinazione da quest'ultima all'estrema vecchiaia, e pone fine alla prima parte, esaminando anche il modo di sviluppo delle ghiandole mammarie del l'uomo e gettando un rapido sguardo sulla loro patologia.

II. Nella seconda parte l'Autore tratta in modo completo delle alterazioni funzionali dell'organo, da esso studiate in quattro capitoli. Nel primo tratta dell'assenza della secrezione lattea, ed accennando come anche nei più completi trattati di ostetricia non si faccia cenno di tale alterazione, narra un caso di propria osservazione, in cui in due gravidanze successive non si verificò secrezione lattea, malgrado i mezzi più idonei messi in opera. Riporta quivi i casi di O'Flynn, di Harlan e di Young, i quali dimostrerebbero l'influenza della ereditarietà e l'indipendenza funzionale di ciascuna mammella.

Nel secondo capitolo parla della galattorrea ed accenna all'importanza terapeutica dell'agarico in tale condizione.

Nel terzo capitolo parla dell'allattamento prolungato.

Nel quarto capitolo intrattiene il lettore dell' allattamento ad epoca anormale. La comparsa del latte o fa presumere una gravidanza inoltrata ovvero è l'indice di un parto da non molto tempo avvenuto: ma al di fuori di queste condizioni fisiologiche possiamo ammettere una vera secrezione lattea? Per quanto si apporti una vigorosa critica nell'esame dei fatti riportati, per quanto si sia corrivi ad escluderne una parte, considerandoli come parti di accese fantasie, è innegabile che qualche volta il fenomeno venne realmente osservato. L'Autore, onde meglio studiare l'argomento, divide tali casi in tre categorie, secondochè la secrezione lattea venne osservata dalla nascita alla pubertà, dalla pubertà, alla menopausa, ovvero dalla meno-pausa all'estrema vecchiaia, e chiude la seconda parte del suo lavoro accennando all'importanza che tale fenomeno potrebbe avere nel campo medico-legale.

III. Nell'ultima parte passa in rassegna le variazioni nella forma, nella sede, nel numero, nel volume dell' organo, apportando un vasto materiale d'erudizione, quale spicca in quasi tutti i lavori di Puech.

RIVISTA DI SIFILOGRAFIA

del dottor CARLO PADOVA

Rapporto di un decennio di clinica sifilografica nello Spedale di S. Orsola in Bologna; del prof. P. Gamberini. (*Giorn. Ital. delle malattie veneree e della pelle*, agosto 1875).

Nel rapporto dell'ill. sifilografo di Bologna è dato prima uno specchio, ove sono messi sott'occhio i diversi caratteri delle malattie curate, che ascesero al N. di 4625, di cui guarirono 4338, 258 migliorarono e 29 morirono. Indi ad ogni forma vengono dall'Autore dedicate quelle osservazioni, che più crede importanti per la scienza e per la pratica, che riescono sempre istruttive e molto appropriate. Nella blennorragia il metodo curativo da lui preferito è l'antiflogistico ed il derivativo nei primi giorni, usando assieme ai rimedii interni le injezioni di acqua tiepida, avendo dimenticato affatto la cura abortiva. Nel secondo periodo assieme ai balsami usa gli astringenti, preferendo i vegetali ai minerali. Non ha mai veduto la cosidetta blennorragia secca e dichiara fenomeno raro la coesistenza dell'uretrite colla balano-postite, perchè la mucosa balano-prepurziale non subisce l'influenza del pus blennorragico, come quello non produsse mai la blennorragia. Solleva la quistione della diagnosi differenziale fra l'uretrite blennorragica o da contagio e la semplice, e sebbene non vi siano caratteri differenziali obbiettivi, egli crede all'esistenza di una blennorragia contagiosa, ma che è pochissimo frequente, mentre comunissima sarebbe la semplice. La goccetta militare sarebbe dipendente da tre cause: 1.° da uno stringimento uretrale; 2.° da una cronica ipersecrezione mucosa della fossa naviculare; 3.° da un' alterazione funzionale ed anatomica delle glandole del Cowper e del Mery. Parlando in seguito dell'epididimite blennorragica, dopo di aver esposto i mezzi curativi, nei quali ha maggior fiducia nota come è sicuro della recidiva solo allorchè è totalmente dissipata la postuma durezza dell'epididimo, per il che impiega tutti i mezzi adoperati dai pratici meno il joduro di potassio o di sodio, i quali invece sembrangli irritino maggiormente l'uretra.

L'Autore ammette l'artrite blennorragica come entità patologica e distinta, dipendente solamente dal virus blennorragico e affatto diversa dalla reumatica. Questa malattia all'Autore risulterebbe speciale all'uomo come la vuole il Rollet, ed in quanto a frequenza, su 1021 casi avrebbe avuto l' 1 sopra 51. Del resto egli si troverebbe imbarazzato nel formulare una conclusione esatta sui rapporti tra l' artrite blennorragica e l'artrite reumatica.

Sorpassati quasi di volo le quistioni riferentisi all'ulcero molle, viene al sifilitico e nelle quistioni riferentisi a questo dice, che dopo la lettura di quanto scrive il Tanturri, *non si può più essere fautori ciechi del dualismo francese*; egli però confessasi dualista nel senso, che àvvi un ulcero sifilogeno, ed un altro, che non lo è. Nella cura poi trova inutile dare il mercurio come preventivo, e riferisce due storie di ulceri infettanti alle labbra ed uno di ulceri molli svoltesi sopra un follicolo, e trova vulnerabile l'asserzione di Zeissl, il quale dice che la grossezza e l'estensione dell' indurimento non hanno importanza pronostica in riguardo alla benignità o malignità della sifilide.

Ammette l'esistenza dell'ulcero misto sia accidentale che naturale, e quando vi è fagedenismo, che facilmente complica la deposizione del pus dell'ulcero molle sul neoplasma sifilitico, trova dannosa la pratica dei caustici, proficua quella degli ammollienti, e a periodo più avanzato inutili i caustici blandi, favorevole la cauterizzazione col nitrato acido di mercurio, e dopo questa l' uso del jodoformio e della soluzione di cloralio

Le sifilidi cutanee le distingue in iperemiche, iperplasiche e neoplastiche, le due prime appartengono al periodo cosidetto secondario, l'ultima al terziario, mentre il pemfigo e la rupia sarebbero un modo diverso di estrinsecazione del virus ed avvengono allorchè predomina una profonda cachessia.

Usa il mercurio nelle forme secondarie, la cura jodo-idrargirica nelle terziarie. Pel mercurio preferisce l' joduro od il deuto-cloruro, o le frizioni ed i bagni a vapore. Colle injezioni ebbe presso a poco gli stessi vantaggi delle altre cure, ma ebbe a lottare, usandole, colla ripugnanza degli ammalati e coi disturbi locali, che apportano.

Osserva, che nelle dermatosi sifilitiche può anche mancare l'adenopatia e questo avviene se le forme dermatiche si sviluppino ad epoca avanzata.

Nelle sifilidi mucose ritocca le idee espresse del suo Trattato delle malattie veneree.

Sifilide terziaria. — L'Autore ebbe nella sua clinica predominante la periostosi delle ossa lunghe, ed un caso di gomma dell'occipitale. Per diagnosticare questa manifestazione il mezzo più certo si è la percussione digitale, colla quale si sente una più o meno chiara ottusità e si provoca dolore che mancava alla semplice pressione. Dopo le periostosi vengono in ordine di frequenza l'artralgia, l'ostealgia e la mialgia, non vide mai un caso di contrattura muscolare per sifiloma infiltrato.

Accenna a due casi di tubercoli della lingua, al loro diagnostico col carcinoma, osservando che un criterio certo si può avere dalla moltiplicità dei nodi nel tubercolo sifilitico, nella sua ubicazione profonda, e nei pochissimi disturbi, che cagiona prima che siasi ulcerato.

Discorre in seguito delle nevrosi sifilitiche principalmente quanto riguarda l' anestesia e l' analgesia, e da ultimo si chiede se il mercurio possa togliere o frenare lo sviluppo della sifilide terziaria, e conclude che sebbene ciò gli sembrerebbe logico, pure fino ad ora la scienza non permette di dire l'ultima parola in proposito.

Non accoglie la supposizione, che in alcuni casi la sifilide possa ingenerare la scrofola, ed in ciò trovasi appoggiato dalla recentissima pubblicazione di Taylor, il quale dimostra che genitori sifilitici procrearono figli in apparenza scrofolosi, ma che in sostanza erano affetti da fenomeni di natura sifilitica.

Da ultimo discorre della febbre sifilitica. All'Autore in generale le prime manifestazioni di sifilide costituzionale si preannunciarono con febbre più o meno intensa, remittente, diurna, od anco intermittente, ed accompagnata ordinariamente dall' aspetto clorotico degli infermi. La temperatura di rado sorpassò i 40° C. e l'accesso finiva quasi sempre col sudore. Contro questo epifenomeno a nulla valse il chinino, mentre fecero prima buona il joduro di sodio, ed i preparati idrargirici dati appena dopo. La febbre in generale fu mite nella sifilide maculo-papulosa, pronunciatissima nella pustolare o vescicolosa. Poco facile nelle recidive delle forme secondarie, mentre fu frequente nel primo esordire delle terziarie.

Clinica delle malattie veneree; diretta dal prof. P. Pelizzari nel R. Istituto di Firenze, anno 1873-74; pel dott. G. Trevisanello. (*Giorn. It. delle malattie veneree e della pelle*, ottobre 1875).

I casi di cui fa cenno il resoconto clinico del dott. Trevisanello sommano a 65, dei quali 39 riferentisi a uomini e 26 a donne.

Eccone lo specchio:

	Uomini	Donne
Ulceri molli semplici	9	1
Id. fagedeniche	4	0
Id. gangrenose	3	0
Ascessi ghiandolari specifici	1	1
Blennorragie acute	5	4
Id. croniche	1	3
Orchiti blennorragiche	3	0
Produzioni epigenetiche (escrescenze)	1	1
Ulceri infettanti	4	1
Sifilidi precoci	2	8
Id. tardive	6	4
Id. infantili	0	3
	39	26

Affezioni veneree. — Delle sei blennorragie acute negli uomini, tre si complicarono a epididimite, in uno di questi si notò l'inversione congenita del testicolo; questo ammalato già altra volta fu ammalato come lo era anche questa volta di orchite piuttostochè di epididimite, fatto che il prof. Pelizzari assicura non essere poi tanto raro, come si è creduto. La cura usata in questi casi fu semplicissima; riposo, sollevamento dei testicoli e posche di acqua vegeto minerale; le altre cure, secondo l'illustre professore, sono molto razionali, ma poco pratiche. Molto adoperato nell'Istituto di Firenze e che valse pure in uno dei suaccennati casi si è il metodo della puntura della vaginale, dalla quale gli ammalati traggono immediato sollievo dei dolori e pronta guarigione.

In un caso periuretrale la tintura di jodio fece riassorbire il pus. Ecco una novella prova di dover protrarre più che è possibile la apertura di cotesti ascessi.

Per la cura della blennorragia si attenne al metodo del Ricord. Il metodo abortivo non è adoperato dal prof. Pelizzari che rarissime volte, cioè solo quando l'infiammazione è nel primissimo stadio. Uso pure con successo le injezioni di cloralio alla dose di 1 per 0[0. Quanto al reumatismo blennorragico lo stesso professore non lo ammette come entità patologica legata allo stato della mucosa, ma ammette invece una semplice coincidenza, o prodotta dalla stessa causa reumatica, che offese contemporaneamente la mucosa uretrale e gli apparecchi articolari.

Nello stato attuale il microscopio, la clinica, o la patologia sperimentale non risolsero ancora la quistione sulla specificità della blennorragia in confronto colle perdite non virulente.

Nella blennorragia in genere non ammette un periodo di incubazione, come lo vogliono alcuni Autori, e la curò con injezioni vaginali ed applicazione di tamponi intrisi in sostanze astringenti, e nell'uretrite una volta scomparso il periodo acuto ricorreva allo schizzetto di Langlebert per le injezioni di nitrato d'argento al centesimo.

Ebbe un bellissimo esempio di produzioni epigenetiche molto estese, nelle quali riescirono utili dapprima i tocchi col nitrato acido e dopo l'escisione. Fra i dieci casi di ulceri molli, quattro si complicarono a fagedenismo, tre a gangrena, di cui uno fu gravissimo. Contro il fagedenismo l'idrato di cloralio fece buona prova.

Affezioni sifilitiche. — Negli ammalati per ulceri infettanti sono notevoli due casi, in uno perchè l'individuo era privo di glande essendo stato distrutto due anni prima da fagedenismo, eppure il paziente aveva intatta tutta la potenza e la sensibilità al coito, nell'altro perchè presentavasi l'ulcero sotto forma di semplice escoriazione con lieve indurimento anulare, con plejade ganglionare appena accennata, susseguito indi da tutto il corredo della sifilide generale.

Fa rimarcare l'Autore, come nell'anno 1873-74 le tonsille sarebbero state quasi una sede prediletta degli ulceri extra-genitali, avendone osservate 5 in questa località, mentre tre sole se ne presentarono sulle labbra, ed una su un dito di una levatrice.

Quanto alla cura specifica il prof. Pelizzari crede, che se una troppo sollecita cura non vale talora ad allontanare l'epoca di una prima eruzione sifilitica, non crede però che il ritardo nei casi ordinarii possa essere utile, perchè viene allontanata l'epoca della guarigione, e si possono più tardi avere manifestazioni molto ribelli alla cura.

Nelle sifilidi precoci il prof. di Firenze, ammettendo pure la divisione morfologica del Willau, non rifiuta l'altra di sifilidi precoci e tardive. In un caso ebbe a notare la febbre sifilitica, in due l'irite ed in un terzo la sifilide pigmentaria. E su questa forma il prof. Pelizzari dissente dall'opinione del prof. Tanturri, e, cioè, crede, che l'accennata forma non sia una vera e propria manifestazione sifilitica, ma invece una semplice affezione iperematosa, di cui la sifilide sarebbe una predisposizione. Quanto alla cura, nelle placche mucose si loda moltissimo del liquore di Labarraque, che in questi casi lo dice preferibile a qualunque altro rimedio, applicandolo nel seguente modo:

Dapprima si irrorano bene le placche con fila inzuppate di questo liquido, poi si asperge la parte malata con calomelano a vapore, indi si sovrappongono altre file imbevute nello stesso liquido, ripetendo questa medicazione due volte al giorno.

Nella cura generale il protojoduro di mercurio in questi casi fu quello che diede i migliori risultati: quanto alle injezioni ipodermiche non fecero troppo buona prova, così quelle fatte col cloro-albuminato di mercurio furono molto lente a curare un caso di sifilide cutanea. Più efficaci furono in un altro caso le injezioni di joduro doppio di mercurio e sodio, mentre non apportarono in un ultimo alcun miglioramento quelle praticate col calomelano. Epperò l'illustre sifilografo di Firenze concludeva, che la cura ipodermica della sifilide ha davvero utilissima applicazione in molti casi, ma che non può ancora ritenersi il metodo ordinario di terapia nella sifilide.

Le sifilidi tardive si riferirono ad individui, che avevano avuta la forma iniziale da 12 a 14 anni avanti coi fenomeni generali. Tra esse l'Autore si ferma a descriverne alcune, che presentavano un carattere speciale, e cioè una, che a straordinaria quantità di tubercoli ed impiagamento ulceroso ai lombi associava, edema alle estremità e colasso di forze e che guariva in un mese colla soluzione di percloruro di ferro e joduro di potassio sospeso nell'olio di fegato di merluzzo.

Così descrive pure un altro caso di noduli sotto mucosi ulcerati, in cui usò con profitto le unzioni mercuriali ed il joduro di potassio. Un terzo poi notevole dal lato diagnostico, nel quale trattavasi di un lupus ipertrofico; l'ulcero aveva esistito 16 anni prima, ed ora la forma cutanea, che era limitata al pene e accompagnata da ulceri serpiginose alle gambe, potevasi facilmente confondere con un' elefantiasi, con un infiltramento gommoso, un cancroide od una scrofulide maligna.

Un ultimo caso interessante fu di un sifiloma cerebrale, manifestantesi per dolori al cranio, difficoltà alla deglutizione, modificazione del

timbro vocale e diminuzione della facoltà visiva all'occhio sinistro. Questa ammalata, migliorata colle frizioni mercuriali e col joduro di potassio, volle sortire dall'Ospedale prima di avere raggiunto la guarigione. Nella cura in generale di queste manifestazioni tardive si usò il joduro di potassio, ma non dato a piccole dosi crescenti e le unzioni mercnriali, le quali, dice il prof. Pelizzari, meritano di essere ancora ritornate al prisco onore.

Le sifilidi infantili furono pure rappresentate da casi interessanti. Basti il ricordare uno, in cui una donna rimasta infetta da sifilide nell'ultimo mese di gravidanza, aveva messo alla luce un figlio non sifilitico, e che durante l'allattamento fatto anche durante l'esistenza di manifestazioni sifilitiche precoci, non aveva comunicato al bambino la sifilide; mentre un anno dopo la stessa donna, apparentemente guarita, partoriva un maschio, sul quale un mese e mezzo dopo apparivano manifestazioni certissime di sifilide. Un altro caso di sifilide d'allattamento diede occasione al celebre sifilografo di Firenze di ritornare sulle sue convinzioni oramai accettati da quasi tutti, che, cioè, il latte di una sifilitica alcune volte possa essere mescolato con pus sifilitico, ma che da solo non può comunicare, usato come alimento, l'infezione.

Chiude la relazione del dott. Trevisanello un cenno sui casi medico-legali attinenti alla Venere forense, in cui è lodato, e con ragione, l'uso messo nell' Istituto di Firenze dal prof. Pelizzari, di incaricare uno studente di redigere una relazione sui casi medico-legali, la quale viene poi letta e su quella intavolata la discussione, prevedendo e combattendo le obbiezioni, che potessero essere fatte nei pubblici dibattimenti.

Studio sulla sinovite tendinosa blennorragica; del dott. Maymon. (*Archiv. gen. de med.* 1875).

Peter, Gueneau de Mussy, Fournier e Fereol la pensano diversamente gli uni dagli altri sulla natura delle forme reumatiche, che si osservano nel corso della blennorragia.

L' Autore quindi studia principalmente una forma speciale di questo stato patologico, la sinovite tendinosa, di cui già Rollet ebbe pel primo a dare notizie.

L'Autore distingue due periodi nella sinovite tendinosa, un periodo di *invasione* ed uno di *stato*. Questa malattia può apparire in quasi tutti i periodi della blennorragia, ma principalmente si osserva verso il principio della terza settimana. Nel primo periodo, o di invasione, accagiona malessere generale, brividi più o meno prolungati, ed un dolore localizzato piuttosto al livello di un'articolazione, che a quello di una guaina tendinea. Al secondo periodo, o di stato, si manifesta un gonfiore, versamento e sensazione di falsa fluttuazione al livello della guaina ammalata, ed a questo livello la pelle è di un coloro roseo e dolorosa al tatto, e circondata da una zona di edema punto dolorosa. Il dolore spontaneo è molto intenso in principio, ma può sparire dopo qualche giorno, mentre quello provocato dalla pressione è costante al livello della guaina am-

malata, tanto più se dipende dai movimensi dei muscoli della guaina affetti, nel qual caso dura anche a lungo.

I tendini estensori della mano ed i flessori del pollice sono ordinariamente la sede della malattia, ma può prenderne anche altri.

La durata varia dagli otto giorni e sei settimane ed anco più, l'esito e quindi la prognosi sono quasi sempre felici.

Quanto al diagnostico bisogna distinguere la sinovite tendinosa blennorragica dall'artrite della stessa natura, la sinovite tendinosa blennorragica dalla sifilitica, dalla gottosa e da quella dipendente da alcuni mestieri.

L'Autore dà l'esposizione di 10 storie, dalle quali trae le seguenti conclusioni:

1. Il reumatismo blennorragico in generale e la sinovite tendinosa blennorragica in particolare sono affezioni affatto speciali causate dalla sola blennorragia.

2. La diatesi reumatica può contribuire allo sviluppo della malattia.

3. Questa affezione si sviluppa di preferenza presso gli individui in preda a diatesi erpetica.

4. Il fatto potologico della scomparsa e ricomparsa di questa malattia è, secondo l'Autore, un leggiero assorbimento purulento.

5. Hanno tutti in genere sintomi caratteristici, e la diagnosi quindi ricsce facile.

6. La sinovite tendinosa blennorragica è una forma benigna del reumatismo blennorragico.

Reumatismo blennorragico con complicazione cardiaca; dei dottori Desnos e J. Lemaistre. (*Revue des sciences med.* Avril 1875).

Trousseau e Grisolle negarono, che nel reumatismo blennorragico possano sopravvenire complicazioni cardiache, pure vi sono osservazioni nel mondo scientifico, che attestano il contrario e la storia di Desnos e Lemaistre ne è un esempio:

1. Perchè il soggetto non era prima, nè al presente affetto da reumatismo.

2. I dolori articolari sopravennero al 25° giorno dello scolo.

3. Questi dolori diminuivano, quando ne venne preso il viscere in discorso e quando gli accidenti cardiaci diminuirono, riapparve ancora una artrite acuta ad un ginocchio, mentre erano diminuiti alle prime lesioni cardiache.

Al momento, in cui la lesione cardiaca si complicava di insufficienza aortica, il malato cadeva in uno stato di sincope con convulsioni epilettiformi, anche ad intervalli vicini.

Queste convulsioni dipendono, secondo l'autore, da un' anemia del bulbo, prodotta da obbliterazione incompleta fatta da un coagulo del l'arteria polmonare, che col tempo sparisce o dà una lesione permanente dell'aorta.

(*Continua*).

INDICE DELLE MATERIE

RIVISTA CHIRURGICA

dei dottori F. PARONA, prof. A. SCARENZIO ed E. TIRINANZI

(Dalla pag. 497 a pag. 531).

Tillaux — *Proiettile soggiornato per tre settimane nel ventricolo sinistro del cuore.*

Dentù — *Varietà singolare di frattura dell' estremità superiore dell'omero.*

Gillet — *Dell'abuso delle injezioni ipodermiche di morfina.*

Esmarch — *Sul trattamento delle cisti ateromatose profonde del collo.*

Esmarch — *Osservazioni sull'anemia artificiale.*

Winiwarter — *Sul linfoma maligno e sul linfosarcoma.*

Risel — *Un caso di ernia addominale intercostale.*

Volkmann — *Rapporto sull'operosità della clinica di Halla.*

RIVISTA DI OSTETRICIA

del dott. A. GUELMI

(Dalla pag. 531 a pag. 559).

Duncan Bulkley — *Erpete in gravidanza.*

Lawson Tait — *Ipertrofia della tiroidea in gravidanza.*

Brunton, Braxton Hicks, ecc. — *Cura della procidenza del cordone ombelicale mediante la posizione.*

Dohrn — *Arresto del polso nel bambino durante la sua estrazione per i piedi.*

John Parry — *Dell'uso della mano per correggere le presentazioni sfavorevoli del capo nel travaglio del parto.*

Osterloh Paul — *Dell'impiego dei bagni tiepidi nelle affezioni febbrili del puerperio.*

Vassily Suttugin — *Dei mezzi d' accertarsi della durata della gestazione colla misura del feto e dell'utero gravido nel secondo periodo della gravidanza.*

Barnes — *Delle indicazioni fornite dallo sfigmografo nello stato puerperale.*

Playfair — *Della trombosi puerperale.*

Lee — *Sulla febbre puerperale.*

Landau — *La febbre puerperale e la maternità.*

Hecker — *Dei parti nelle primipare attempate.*

Breiscky — *Del metodo d'espressione nella pratica dei parti.*

Copeman — *Cura dei vomiti ostinati delle gravide.*

Sinclair — *Dilatazione manuale della bocca dell' utero, onde promuovere il parto prematuro.*

Riga — *Malattie puerperali delle mammelle.*

Charles Milles — *Impiego dell'ossido di cerio nella patologia uterina.*

Donovan — *Uso dell'haschisch nelle emorragie consecutive al parto.*

Barrmann — *Uscita dal collo uterino di pezzi di scheletro fetale in una gravidanza uterina.*
Ruge — *Lesioni fetali nel parto per le natiche.*
William Goodell — *Sulla versione nei restringimenti del bacino.*
Vedeler — *Dei tubercoli di Montgomery quali segni di gravidanza.*
Thomas Mays — *Causa fisiologica della contrazione muscolare dell'utero gravido.*
Parry — *Gravidanza e parto nelle donne epilettiche.*
Weber — *Influenza delle diverse cure della sifilide sulla gravidanza delle donne sifilitiche.*
Osterloh — *Uso della tintura d'eucalyptus globulus nelle affezioni puerperali.*
Dawis — *Cura della placenta previa.*
Grünewaldt — *Due casi di parto prematuro ottenuti coll'elettricità di induzione.*
Goschler — *Degenerazione grassa della placenta.*
Underhill — *Osservazione di rmuore cardiaco del feto sentito nei primi periodi di gravidanza.*
Owen — *Uscita del feto pel retto in un caso di chiusura della bocca dell'utero.*
Hillas — *Ovariotomia coll'operazione cesarea.*
H. Madge — *Note sulla febbre puerperale seguite da qualche rimarco sulla statistica delle puerpere.*
Cullingworth — *Retroversione dell'utero gravido — ritenzione d'orina — aborto.*
Id. — *Retroversione d' utero gravido — ritenzione d' orina — edema delle gambe — albuminuria — gravidanza non interrotta.*

RIVISTA DI GINECOLOGIA

pel dott. L. MANGIAGALLI

(Da pag. 560 a pag. 581).

Noeggerath — *Dell' esplorazione vescico-vaginale e vescico-rettale. — Nuovo metodo per l'esame dell'utero e de'suoi annessi.*
Finkel — *Sulla membrana dismenorroica.*
Beigel — *Contribuzione alla patologia della dismenorrea membranacea.*
Meadows — *Sulla diagnosi e sul trattamento delle forme curabili dei tumori fibroidi dell'utero.*
Russell Simpson — *Sarcoma dell'utero.*
Hüe — *Contribuzione allo studio delle compressioni pelviche occasionate dai tumori fibrosi dell'utero e dei mezzi di porvi riparo.*

Rizzoli — *Voluminoso prolasso estravulvare costituito da arrovesciamento della vagina, contenente l' uretra, la vescica e la porzione sopravaginale del collo della matrice enormemente allungata ed associato a cancroide della porzione intravaginale del collo uterino stesso e del fornice vaginale operato colla galvano-caustica. Guarigione.*

Foulis — *Sul cancro dell'ovaio.*

Böecker — *Contribuzione al trattamento delle cisti ovariche ed alla tecnica dell'ovariotomia.*

Kuhn — *Sui versamenti sanguigni nei legamenti larghi e nel tessuto periuterino.*

Moriggia — *Sulla fecondazione artificiale degli animali.*

Idem — *Effetti del muco acido genitale della donna sui nemaspermi.*

Amabile — *Considerazioni sulla cura delle fistole vescico-vaginali colla dimostrazione di alcuni nuovi strumenti per operare.*

Mollière — *Nota sopra un caso di rettocele vaginale.*

Bizzozero — *Perivaginite flemmonosa disseccante.*

Künstner — *Sul cancro primitivo della vagina.*

Puech — *Le mammelle e le loro anomalie studiate dal punto di vista dell'anatomia, della fisiologia e della embriogenia.*

RIVISTA DI SIFILOGRAFIA

del dottor CARLO PADOVA

(Da pag. 582 a pag. 588).

P. Gamberini — *Rapporto di un decennio di clinica sifilografica nello Spedale di S. Orsola in Bologna.*

G. Trevisanello — *Clinica delle malattie veneree diretta dal prof. P. Pelizzari nel R. Istituto di Firenze. — Anno 1873-74.*

A. Maymon — *Studio sulla sinovite tendinosa blennorragica.*

Desnos e J. Lemaistre — *Reumatismo blennorragico con complicazione cardiaca.*

Il Direttore e Gerente responsabile
Dott. **Malachia De-Cristoforis.**